

Bestuurders in beeld



Erasmus
Centrum voor
Zorgbestuur

Burgemeester Oudlaan 50, 3062 PA Rotterdam
info@erasmuscentrumzorgbestuur.nl • www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl



VERENIGING VAN
BESTUURDERS IN DE ZORG

Noordweg Noord 150, 3704 JG Zeist
info@nvzd.nl • www.nvzd.nl

*Sophie Bijloos, Wilma van der Scheer en
Lizette van Veen-Berkx*

Bestuurders in beeld

Vijftien jaar onderzoek naar het besturen van
zorgorganisaties

De Tijdstroom, Utrecht
in samenwerking met Erasmus Centrum voor Zorgbestuur,
Rotterdam en NVZD Vereniging van bestuurders in de zorg, Zeist

© De Tijdstroom uitgeverij, 2017.

De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht

Internet: www.tijdstroom.nl

E-mail: info@tijdstroom.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 978 90 5898 091 5

NUR 870

Voorwoord

In deze publicatie doen wij verslag van de uitkomsten van het enquêteonderzoek dat wij uitvoerden onder zorgbestuurders in 2000, 2005, 2010 en laatstelijk in 2015. Deze unieke reeks onderzoeken geeft elke keer weer een interessante inkijk in de wereld van zorgbestuurders, hoe die verandert of juist niet.

Uit het jongste onderzoek blijkt onder andere dat in de zorg steeds vaker gezocht wordt naar andere manieren van besturen, waarbij meer ruimte is voor inbreng van zorgprofessionals en andere stakeholders. Dit is een van de thema's die we graag in vervolgonderzoek verder uitdiepen. Net als bij dit onderzoek gaat dat niet zonder de medewerking van zorgbestuurders zelf.

Via deze weg willen we alle driehonderd respondenten van harte bedanken voor hun medewerking. Hopelijk kunnen we ook voor toekomstig onderzoek weer op uw medewerking rekenen.

Wij wensen u veel leesplezier!

Jos de Beer, directeur NVZD

Wilma van der Scheer, directeur Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Inhoud

Voorwoord – 5

Inhoud – 7

1 Inleiding – 9

1.1 Zorgbestuurders in beeld – 9

1.2 Leeswijzer – 11

2 Verantwoording van het onderzoek – 13

2.1 Methode van onderzoek – 13

2.2 Onderzoekspopulatie en steekproef – 13

2.3 Persoonskenmerken van de respondenten – 15

3 Bestuurders over hun loopbaan – 17

3.1 Opleiding – 17

3.2 Professionele ontwikkeling en kennisdeling – 18

3.3 Carrièreverloop – 20

3.4 Aanstelling en opvolging – 22

3.5 Trends en trendbreuken – 24

4 Bestuurders over hun organisatie – 27

4.1 Structuur en omvang – 27

4.2 Samenwerking met professionals en managers – 29

4.3 Verandervraagstukken – 31

4.4 Trends en trendbreuken – 32

5 Bestuurders over hun functie – 33

5.1 Tijdsbesteding – 33

5.2 Het managen van relaties – 33

5.3 Visie op besturen – 36

5.4 Trends en trendbreuken – 37

6 Bestuurders over hun maatschappelijke opgave – 39

6.1 Maatstaven voor goed bestuur – 39

6.2 Accreditatie van zorgbestuurders – 40

6.3 Het maatschappelijk debat – 42

6.4 Trends en trendbreuken – 42

7 Conclusies – 45

7.1 Zorgspecifieke bestuurders – 45

7.2 Zorg anders besturen – 46

7.3 Professionalisering en legitimering van bestuur – 46

7.4 Tot besluit – 47

Vragenlijst

Profiel van bestuurders in de zorg – 49

Toelichting – 50

1 Biografisch profiel – 51

2 Organisatieprofiel – 60

3 Mentaal profiel – 64

4 Werkprofiel – 68

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Zorgbestuurders in beeld

De ‘black box van het zorgbestuur’ openen, was de doelstelling bij de start van het onderzoeksprogramma Zorg voor Management in 2000. Destijds waren de opvattingen over hoe een zorgorganisatie in te richten en te besturen in hoog tempo aan het veranderen. Tegelijkertijd was er een beperkt feitelijk inzicht in de typische opgaves voor bestuurders. Deze situatie vormde de aanleiding voor dit programma. Het beschrijven van de functie van bestuurder in al zijn complexiteit was het streven. Een belangrijk onderdeel van het onderzoeksprogramma was de uitvoering van een grootschalige enquête onder de leden van de beroepsvereniging van bestuurders in de zorg, de NVZD. Deze leverde een eerste beeld op van wie zorgbestuurders (toen nog directeuren genoemd) zijn, waar zij werken, hoe zij denken over hun rol en hoe zij invulling geven aan die rol. De uitkomsten van dit eerste enquêteonderzoek onder zorgbestuurders, uitgevoerd in 2000, vormden de nulmeting van het longitudinale onderzoeksprogramma Zorg voor Management. Vanaf het begin zijn bestuurders van alle typen zorgorganisaties meegenomen in het onderzoek: bestuurders van ziekenhuizen, ouderenzorgorganisaties, jeugdzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, gespecialiseerde organisaties en organisaties die meerdere typen van zorg combineren. Sinds 2000 wordt de enquête elke vijf jaar herhaald en uitgebreid, wat een uniek inzicht geeft in de ontwikkelingen in de zorg, wat dat van zorgbestuurders vraagt en hoe zij hier invulling aan geven.

Het eerste onderzoek heeft onder meer inzichtelijk gemaakt dat het besturen van een zorgorganisatie veel meer omvat dan het leidinggeven aan professionals. Zorgorganisaties zijn professionele organisaties maar ook complexe bedrijven, zo bleek. Naar aanleiding van het eerste onderzoek werden zorgbestuurders getypeerd als ‘jongleurs’ die vele ballen in de lucht houden.

Het tweede onderzoek, uit 2005, vond plaats aan de vooravond van de invoering van gereguleerde concurrentie in de zorg. Zorgorganisaties waren druk bezig zich daarop voor te bereiden. Ook banken en verzekeraars bereidden zich voor en namen een andere, kritischer houding aan ten opzichte van de aanbieders van zorg. Ze gingen hogere eisen stellen aan de bedrijfsvoering, aan de financiën (eigen vermogen en reservepositie) én aan de kwaliteit van het management. Dit vertaalde zich onder andere in een ander taalgebruik en een andere rolopvatting van bestuurders. Ondernemerschap kwam in, regisseren raakte uit, bestuurders noemden zich steeds vaker ondernemers. Fuseren stond anno 2005 hoog op de agenda van menig zorgbestuurder, om sterker te staan ten opzichte van concurrenten en onderhandelingspartners. Risicomanagement werd een belangrijk onderwerp en het toezicht verscherpte.

Uit de enquête van 2010 bleek dat de soep niet zo heet gegeten werd. Een verandering in talige zin betekent niet direct een kentering van werkwijzen en omgangsvormen. In de praktijk veranderen veel zaken geleidelijk; pas na meerdere jaren worden trends zichtbaar. Inzicht in die trends is precies wat dit onderzoeksprogramma uniek maakt. Uit de eerste drie onderzoeken van 2000, 2005 en 2010 komen een paar duidelijke rode draden naar voren in het werk van zorgbestuurders:

Veranderen, vernieuwen, verbinden

Zorgbestuurders staan telkens weer voor de opgave politiek-bestuurlijke ontwikkelingen af te stemmen op de eigen (lokale) mogelijkheden. Dit uit zich in een voortdurend zoeken naar de juiste schaal, structuur en besturingsvorm van de organisatie. Verandermanagement is een belangrijk aspect van zorgbesturen, zo blijkt. Veranderen en vernieuwen gaan hand in hand met verbinden. In de zorg hebben veel partijen een aandeel. Zij moeten allemaal gekend worden in veranderprocessen. Verstandig omgaan met de vele belangen die een rol spelen bij het verlenen van zorg is een *must*. Een bindende visie en een verbindende persoonlijkheid kunnen helpen veranderingen te realiseren.

Sturen en gestuurd worden

Een andere rode draad is de ruimte die zorgbestuurders ervaren om eigen strategische keuzes te maken. Uit de enquête van 2000 werd duidelijk dat bestuurders het gevoel hadden dat ze met de organisatie nauwelijks een eigen koers konden varen door de vele wetten, regels en afspraken tussen bijvoorbeeld brancheorganisaties en ministerie. De onderzoekers typeerden dit als een 'besturingsfuij'. Er werd veel verwacht van zorgbestuurders, maar de mogelijkheden om eigen keuzes te maken werden als beperkt ervaren.

De onderzoeken uit 2005 en 2010 maakten vervolgens inzichtelijk dat het bij uitstek een bestuurlijke opgave is, de beschikbare (regel- en ritsel)ruimte te vinden en te benutten om oplossingen te vinden voor vraagstukken die zich voordoen. Het is dan van grote waarde de wereld van de zorg van binnenuit te kennen. Raden van Toezicht benoemen bij voorkeur bestuurders met ervaring in de zorg. Deze bestuurders weten hoe de hazen lopen, kennen de geschreven en ongeschreven regels, weten hoe ermee om te gaan en hoe in deze ingewikkelde context resultaat te behalen. Zorgbestuurders zijn bij uitstek subject en object van *governance*, het geldende systeem van bestuur, toezicht en verantwoording: er wordt hen veel opgedrongen (indicatoren, wetten, regels), maar zij bepalen zelf mee hoe beleid praktijk wordt. Zij kunnen als *embedded agents*, geworteld en opgeleid in de zorg, goed beoordelen wanneer mee te bewegen, tegen te bewegen of zelf het voortouw te nemen in ontwikkelingen.

Leren en socialiseren

Het belang van leervermogen is een volgende rode draad. Het leervermogen van bestuurders wordt versterkt door een permanent proces van socialisering. Bestuurders fungeren voor elkaar als collega, coach én criticaster. Zij gaan bij elkaar te rade voor advies en nemen elkaar de maat. Zij delen hun kennis en ervaringen met elkaar tijdens intervisie- en reflectiebijeenkomsten. Collega-bestuurders begrijpen de dynamiek van het bestuursvak als geen ander en zijn daardoor waardevolle sparringpartners. De professionaliseringsactiviteiten ondersteunen op deze wijze het socialisatieproces. Naast *peers* raadplegen

bestuurders over specifieke vraagstukken *frequent experts* met verstand van zaken. In de opleidingen die zorgbestuurders volgen komen peers en experts samen.

Legitimiteit van bestuur

Legitimiteit van bestuur is een thema dat door de jaren heen steeds meer in de belangstelling is komen te staan. We kunnen gerust stellen dat hoe meer aandacht er voor is, hoe minder vanzelfsprekend het wordt. Legitimiteit is bij uitstek een contextueel begrip, dat binnen het sociale systeem waar iemand deel van uitmaakt beoordeeld moet worden. Wat voor de één legitiem is, hoeft dat voor een ander niet te zijn. Door de gerichtheid van zorgbestuurders op vakgenoten wordt vooral gewerkt aan de legitimiteit bij elkaar, onder vakgenoten (*knowledgeable others*) die goed begrijpen en kunnen beoordelen wat het besturen van een zorgorganisatie vraagt. De externe legitimiteit van zorgbestuurders – het draagvlak en de waardering van andere relevante partijen zoals banken, verzekeraars en overheden – hangt sterk af van de kwaliteit van de relatie. Legitimering, zo blijkt uit dit longitudinale onderzoek, is een relationeel proces dat continu aandacht verdient. Zeker in het complexe krachtenveld van de zorg waarin de onderlinge afhankelijkheden groot zijn, is het van belang de tijd en moeite te nemen elkaar echt te leren kennen en begrijpen. Bestuurders zijn hier door de jaren heen steeds meer oog voor gaan krijgen, zo blijkt uit de onderzoeken.

1.2 Leeswijzer

In dit verslag beschrijven wij de uitkomsten van de laatste enquête, uitgevoerd in 2015, en vergelijken deze met de uitkomsten van de voorgaande enquêtes (2000, 2005, 2010). Trends en trendbreuken kunnen zo gesignaleerd worden. We starten in hoofdstuk 2 met een verantwoording van het onderzoek, een beschrijving van de onderzoeksopzet en enkele algemene (persoons)kenmerken van de respondenten. De hoofdstukken daarna zijn thematisch ingericht. In hoofdstuk 3 worden de vragen behandeld die gaan over de loopbaan van bestuurders. In hoofdstuk 4 komen de vragen aan bod die gaan over de organisaties waarvoor bestuurders werken. In hoofdstuk 5 staan de functiekenmerken centraal. In hoofdstuk 6 gaan we nader in op de maatschappelijke opgave waarvoor bestuurders zich gesteld zien. Elk van deze vier hoofdstukken wordt afgesloten met een kort overzicht van trends en trendbreuken.

In hoofdstuk 7 trekken we een aantal algemene conclusies: welke trends zetten zich voort? Welke veranderingen zien we optreden? Welke vragen voor vervolgonderzoek roept dit op?

Hoofdstuk 2

Verantwoording van het onderzoek

2.1 Methode van onderzoek

Net als de voorgaande onderzoeken in de reeks is dit een beschrijvend en exploratief enquêteonderzoek, dat een groot aantal kenmerken van een groot aantal respondenten inventariseert en met elkaar in verband brengt. Het onderzoek heeft het karakter van een zelfevaluatie, de enige bron van informatie zijn de deelnemende zorgbestuurders. Zij beschrijven zichzelf, hun organisatie, hun functie en de wijze waarop zij daar invulling aan geven.

Het onderzoek heeft ook een longitudinaal karakter: op verschillende momenten worden grotendeels dezelfde gegevens verzameld. Dat wil zeggen dat de respondenten die meewerkten aan het laatste onderzoek (in 2015) is gevraagd een vergelijkbare vragenlijst in te vullen als de respondenten die meewerkten aan voorgaande onderzoeken (in 2000, 2005 en 2010).

De op deze wijze verkregen gegevens zijn op de volgende manier geanalyseerd. Er zijn frequentieberekeningen om te kijken hoe vaak antwoordmogelijkheden gekozen zijn. Voor de longitudinale vergelijkingen is, afhankelijk van het meetniveau, gebruikgemaakt van verschillende toetsen. Bij nominale variabelen is de chikwadraattoets gebruikt, bij semicontinue variabelen en variabelen die zijn vastgesteld via een Likert-schaal hebben we variantieanalyse gebruikt.

In elk meetjaar is de steekproef opnieuw samengesteld, zodat we van een trendonderzoek kunnen spreken. We bespreken de trends in de tijd en eventuele trendbreuken: als er verschillen tussen de onderzoeksjaren zijn, worden die gemeld.

We hebben dit enquêteonderzoek niet alleen gebruikt om trends in de tijd op te sporen, maar ook om verbanden te leggen tussen functiekenmerken enerzijds en eigenschappen van de persoon en de organisatie anderzijds. Op deze wijze kunnen verschillen onderzocht worden tussen bestuurders van diverse typen zorgorganisaties, van verschillende leeftijden, met verschillende opleidingen en mannen of vrouwen. Een enquête is, met andere woorden, niet alleen een handige methode om te achterhalen hoe iemand denkt en handelt, maar ook om te achterhalen welke factoren daarop van invloed zijn. Daar waar de verschillen tussen groepen significant zijn, worden die besproken.

2.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie bestaat uit bestuurders van gezondheidszorgorganisaties oftewel zorgbestuurders, waarmee we de eindverantwoordelijke bestuurders bedoelen die lid zijn van NVZD Vereniging van bestuurders in de zorg. De enquête is uitgezet onder NVZD-leden; zij vormen de steekproef.

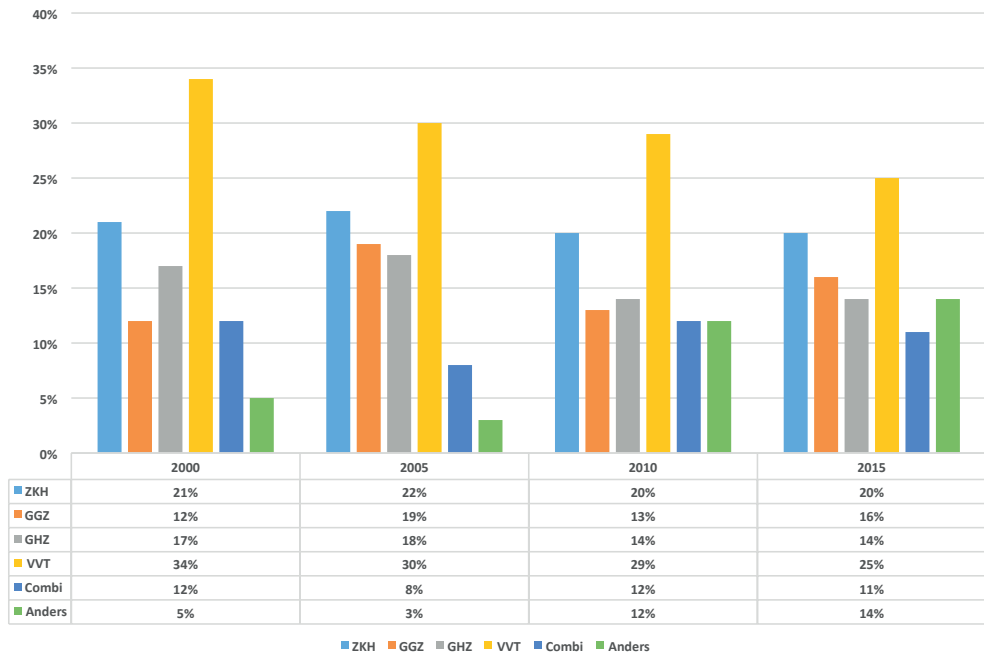
De NVZD verenigt eindverantwoordelijke bestuurders in de zorg die geen interim-bestuurder zijn. Pijlers onder het werk van de NVZD zijn belangenbehartiging en bevordering van een goede beroepsuitoefening. Het lidmaatschap van de NVZD is een persoonlijk lidmaatschap.

In elk meetjaar is de steekproef opnieuw samengesteld. De steekproef is een momentopname, vergelijkbaar met een foto, van de groep zorgbestuurders zoals die op dat moment is samengesteld. Iedere keer verleenden minimaal driehonderd bestuurders hun medewerking aan het onderzoek. De respons lag steeds tussen de 42 en 46%, wat ten opzichte van de steekproef ruim voldoende was om een betrouwbaarheid van 95% te bereiken.

Tabel 2.1 Respons (aantal en percentage)

	2000	2005	2010	2015
Steekproef (N)	891	727	702	722
Respons (n)	410	309	308	300
Respons (%)	46%	43%	44%	42%

Om statistische analysemethodes te kunnen gebruiken is een representatieve steekproef nodig. Hiervoor is het van belang dat de leden van de NVZD in kwalitatieve zin representatief zijn voor de zorgsector. De NVZD heeft aangegeven dat van oudsher vooral bestuurders van grote organisaties lid zijn van de NVZD, maar dat dit beeld de laatste jaren aan het wijzigen is. Waar mogelijk hebben we ook gecontroleerd op andere kenmerken, onder



Figuur 2.1 Respons naar type organisatie (percentage)

andere door de samenstelling van onze steekproef te vergelijken met gegevens van Prisma en het CBS. Er werden geen afwijkingen gevonden.

Zorgbestuurders besturen heel verschillende typen organisaties, bijvoorbeeld naar omvang en regio. Belangrijk is het onderscheid naar de soort zorg die verleend wordt. Bestuurders kunnen een specifieke inhoudelijke oriëntatie hebben die samenhangt met de kerntaak van hun organisatie en daardoor kunnen de uitkomsten per sector verschillen. Wanneer de uitkomsten per sector significant verschillen van het totaal gemiddelde wordt dit vermeld. Daarbij hanteren we een indeling in ziekenhuiszorg (ZH), geestelijke gezondheidszorg (GGZ), gehandicaptenzorg (GHZ) en verpleging, verzorgingshuiszorg en thuiszorg (VVT). Naast deze vier hoofdcategorieën onderscheiden we een groep organisaties die meerdere typen zorg leveren (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg), waarbij één type zorg veelal dominant is. Tot slot is er een groeiende groep organisaties die niet is toe te wijzen aan één van de genoemde categorieën. Het gaat om kleine, gespecialiseerde organisaties die zich hebben losgemaakt uit een groter geheel of die recentelijk opgericht zijn doordat versoepelde regelgeving dit mogelijk maakte. De laatste twee typen organisaties worden in dit onderzoek als aparte categorieën behandeld: ‘gecombineerde organisaties’ en ‘andersoortige organisaties’.

2.3 Persoonskenmerken van de respondenten

Man-vrouwverdeling

De meeste zorgbestuurders zijn man, maar er zijn steeds meer vrouwen die besturen. Sinds 2000 is het aandeel vrouwelijke bestuurders ruim 20% gestegen, zowel in onze enquêtes als in het ledenbestand van de NVZD. Er is wel een verschil: in de enquêtes zijn vrouwen licht oververtegenwoordigd ten opzichte van het NVZD-ledenbestand (zie figuur 2.2).

De stijging van het aandeel vrouwelijke zorgbestuurders was het grootst onder respondenten uit de VVT en de GHZ. Het aandeel vrouwelijke respondenten steeg in deze sectoren tussen 2000 en 2015 significant: in de VVT van 9 naar 41%, in de gehandicaptenzorg van 7 naar 35%. In de groep ‘andersoortige organisaties’ werken in verhouding de meeste vrouwelijke bestuurders. Zij zijn er zelfs in de meerderheid (57% in 2015).

Vergeleken met andere sectoren loopt de zorg hierin ver voorop. Volgens de Nederlandse Female Board Index 2015 was 8% van de bestuurders bij de onderzochte beursgenoteerde bedrijven vrouw. Volgens het Nationaal Register 2014 had 14% van de onderzochte bedrijven vrouwen aan de top.

Vergeleken met het percentage vrouwelijke medewerkers in de zorg is het percentage vrouwelijke zorgbestuurders (op basis van het NVZD-ledenbestand) bijzonder klein: 33 versus 75%. In de zorg zijn de meeste medewerkers vrouw, de meeste bestuurders man.

Leeftijd

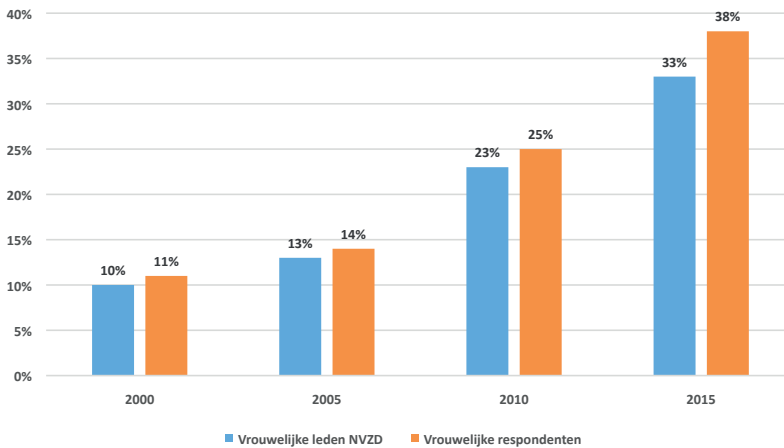
De gemiddelde leeftijd van de respondenten is door de jaren heen significant gestegen. Was die in 2000 nog ruim 51 jaar, in 2015 is die ruim 55 jaar.

Opvallend is dat vrouwelijke respondenten gemiddeld jonger zijn dan hun mannelijke collega's. Dit wordt goed zichtbaar als we de respondenten indelen naar drie leeftijdsgroepen: 50 jaar of jonger, 51 tot en met 55 jaar en 56 jaar of ouder:

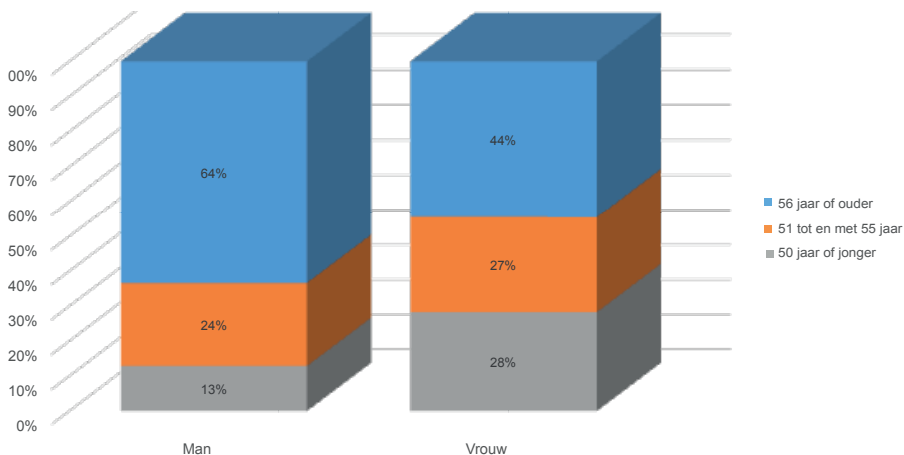
- ▶ van de mannelijke respondenten is 13% 50 jaar of jonger, van de vrouwelijke respondenten 28%;
- ▶ van de mannelijke respondenten is 64% 56 jaar of ouder, van de vrouwelijke respondenten 44%.

Beide verschillen zijn significant.

Vrouwelijke bestuurders zijn weliswaar in de minderheid, maar steeds vaker vinden zij hun weg naar de top. In het volgende hoofdstuk zal bijvoorbeeld blijken dat er significant meer vrouwen dan mannen zijn onder de respondenten die voor het eerst een bestuursfunctie bekleden.



Figuur 2.2 Aandeel vrouwelijke bestuurders (percentage)



Figuur 2.3 Mannelijke en vrouwelijke respondenten per leeftijdsklasse in 2015 (percentage)

Hoofdstuk 3

Bestuurders over hun loopbaan

3.1 Opleiding

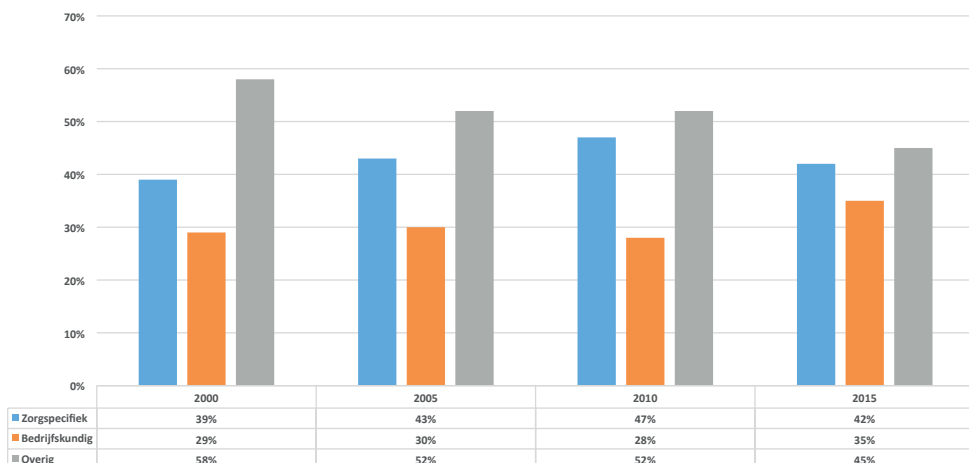
Verreweg de meeste respondenten zijn universitair opgeleid. In 2015 heeft 82% van de respondenten een voltijds universitaire opleiding gevolgd. 13% van de respondenten heeft een hbo- én een universitaire opleiding gevolgd. Dit beeld was hetzelfde in de eerdere onderzoeksjaren.

Een groot deel van de respondenten heeft een zorgspecifieke opleiding gevolgd (42% in 2015) als arts, verpleegkundige, psycholoog of anderszins. Een klein deel heeft zowel een zorgspecifieke als een bedrijfskundige of economische opleiding (6%).

Het aandeel zorgspecifiek opgeleide bestuurders is in 2015 lager dan in 2010 en 2005, het aandeel bedrijfskundig of economisch opgeleide bestuurders juist hoger. Het verschil is echter niet significant, dus van een trendbreuk kunnen we niet spreken.

Met name onder vrouwen is het aantal bedrijfskundig of economisch opgeleide bestuurders toegenomen (van 17% in 2010 naar 28% in 2015), maar ook dit verschil is niet significant.

Onder de respondenten met een universitaire opleiding valt op dat het percentage respondenten dat geneeskunde studeerde over de jaren heen significant is gedaald, van 29% in 2000 naar 17% in 2015. De meeste respondenten met een geneeskundige opleiding werken in ziekenhuizen (31% van de deelnemende ziekenhuisbestuurders is opgeleid



Figuur 3.1 Respons naar hbo- of universitaire studierichting (percentage, meerdere antwoorden mogelijk)

als arts). Het percentage respondenten dat bedrijfskunde studeerde steeg daarentegen significant van 12% in 2000 naar 22% in 2015. Ook het percentage respondenten dat een studie gezondheidswetenschappen volgde steeg significant, van 6% in 2005 naar 13% in 2015 (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1 Aard van de universitaire opleiding (percentage, meerdere antwoorden mogelijk)

<i>Studierichting</i>	2000	2005	2010	2015
Bedrijfskunde	12%	14%	19%	22%
Economie	15%	15%	10%	11%
Geneeskunde	29%	25%	25%	17%
Gezondheidswetenschappen	–	6%	10%	13%
Psychologie	8%	8%	7%	8%
Rechten	10%	8%	6%	9%
Sociale wetenschappen	16%	25%	24%	25%

Gezondheidswetenschappen werd in 2000 nog niet apart onderscheiden.

Onder de respondenten met een hbo-opleiding valt op dat het percentage bestuurders met een verpleegkundige achtergrond tussen 2010 en 2015 significant is afgenomen van 42% in 2010 naar 27% in 2015, terwijl het daarvoor juist toenam (zie tabel 3.2).

Tabel 3.2 Aard van de hbo-opleiding (percentage, meerdere antwoorden mogelijk)

<i>Studierichting</i>	2000	2005	2010	2015
Verpleegkunde	26%	37%	42%	27%
Bedrijfskunde	18%	16%	12%	14%
Heao	7%	8%	7%	18%
SPD, sociale academie	15%	41%	30%	26%
Andere hbo-opleiding	53%	32%	35%	31%

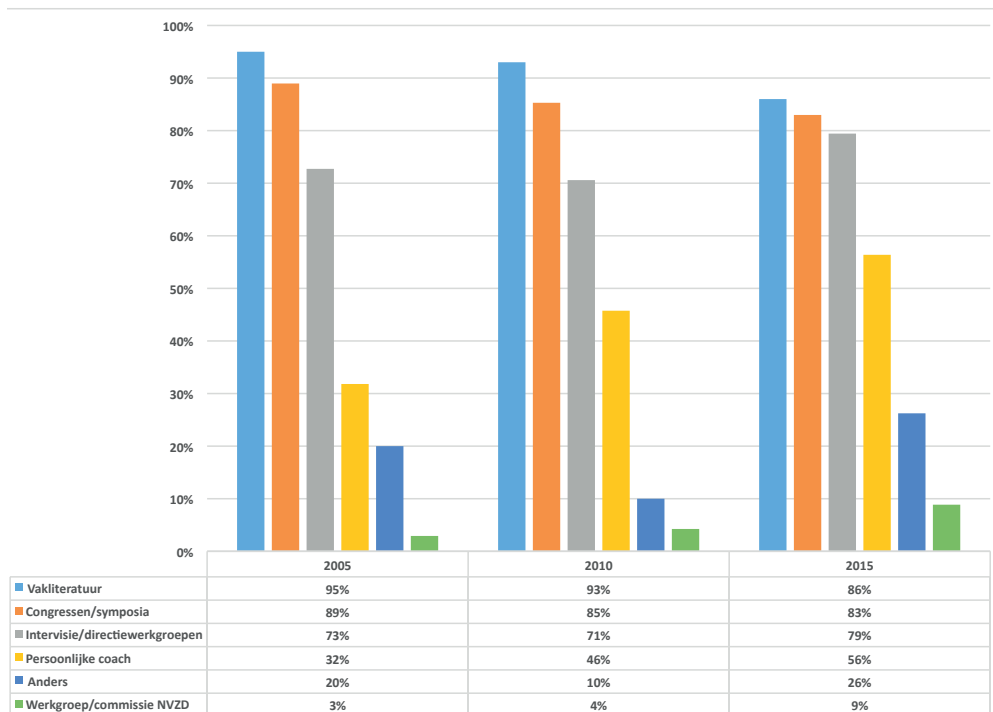
De meeste respondenten hebben naast de eerste studie(s) aan universiteit of hogeschool nog aanvullende (management)opleidingen en cursussen gevolgd tijdens hun loopbaan. In 2015 gaf 88% van de respondenten aan dat zij in de afgelopen tien jaar één of meer postacademische opleidingen hadden gevolgd. Het merendeel van deze opleidingen is zorgspecifiek, denk aan een master- of MBA-opleiding specifiek voor de zorg. In 2015 had 65% van de respondenten de voorgaande tien jaar deelgenomen aan een uitgebreid management-developmentprogramma van een jaar. Dit is in lijn met de uitkomsten uit de eerdere enquêtes.

3.2 Professionele ontwikkeling en kennisdeling

Naast het volgen van opleidingen kunnen bestuurders hun vakkennis ook op andere manieren onderhouden, bijvoorbeeld door het lezen van vakliteratuur, het bezoeken van

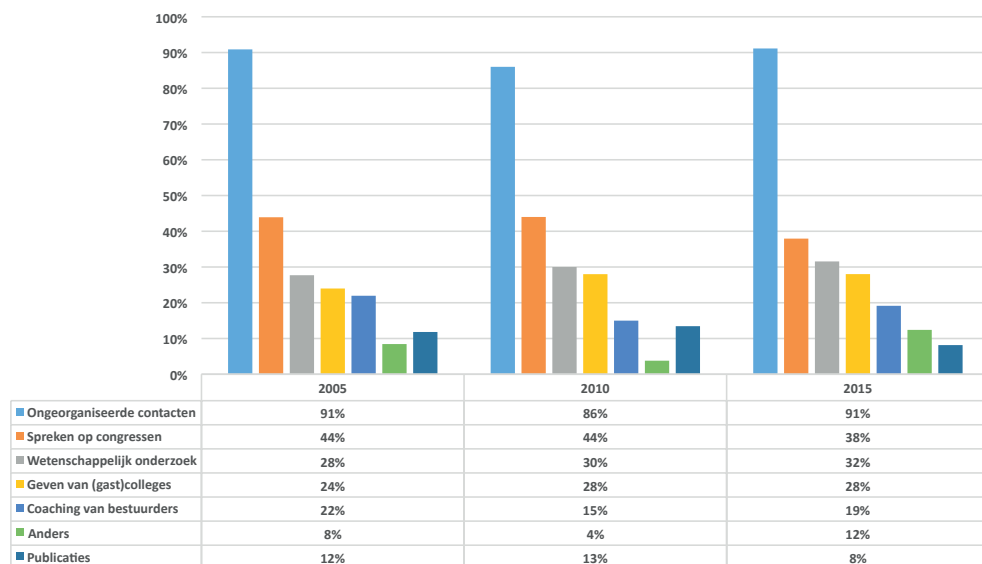
congressen en symposia, via coaching, intervisie met collega's of door actief te zijn voor de beroepsvereniging.

Het bijhouden van vakliteratuur en congresbezoek is voor zorgbestuurders een vanzelfsprekendheid. Het is ook goed gebruik om deel te nemen aan intervisiegroepen. De significante toename hierin in de afgelopen vijf jaar is mogelijk mede een gevolg van de invoering van het accreditatiesysteem voor zorgbestuurders in 2013. Een belangrijk onderdeel van de accreditatie is of een bestuurder kan aantonen dat hij of zij reflecteert op het eigen handelen. Een manier om dit aan te tonen is door deelname aan een intervisiegroep. Ook het aandeel respondenten dat een coach heeft, steeg over de jaren heen significant van 32% in 2005 naar 46% in 2010 en 56% in 2015.



Figuur 3.2 Professionele ontwikkeling (percentage, meerdere antwoorden mogelijk)

Kennis opdoen en kennis delen is niet per se een georganiseerde activiteit. Gevraagd naar de manieren waarop zij hun bestuurskennis delen met anderen of met collega's, geven veruit de meeste respondenten aan (91% in 2015) dat zij dat vooral doen op een informele, niet-georganiseerde manier. Zij weten elkaar te vinden doordat ze elkaar frequent tegenkomen in het veld of elkaar beter hebben leren kennen tijdens opleidingen of andere activiteiten. Van de respondenten uit 2015 geeft 19% aan wel eens een collega te hebben gecoacht. Ze delen de eigen kennis ook door te spreken op congressen (38%), mee te werken aan wetenschappelijk onderzoek naar bestuurlijke vraagstukken (32%) of (gast)colleges te geven (28%).



Figuur 3.3 Kennisoverdracht (percentage, meerdere antwoorden mogelijk)

Kennis opdoen en kennis delen is voor de deelnemers een wederkerig proces van geven en nemen. De uitkomsten komen overeen met die van de eerdere enquêtes. Feedback organiseren op het eigen functioneren is een belangrijke bestuurlijke kwaliteit. In de praktijk van alledag blijken de personen van wie bestuurders de meeste feedback op hun functioneren vragen en ontvangen achtereenvolgens:

- 1 managers uit de organisatie;
- 2 collega-bestuurder(s) uit dezelfde organisatie;
- 3 leden van de Raad van Toezicht.

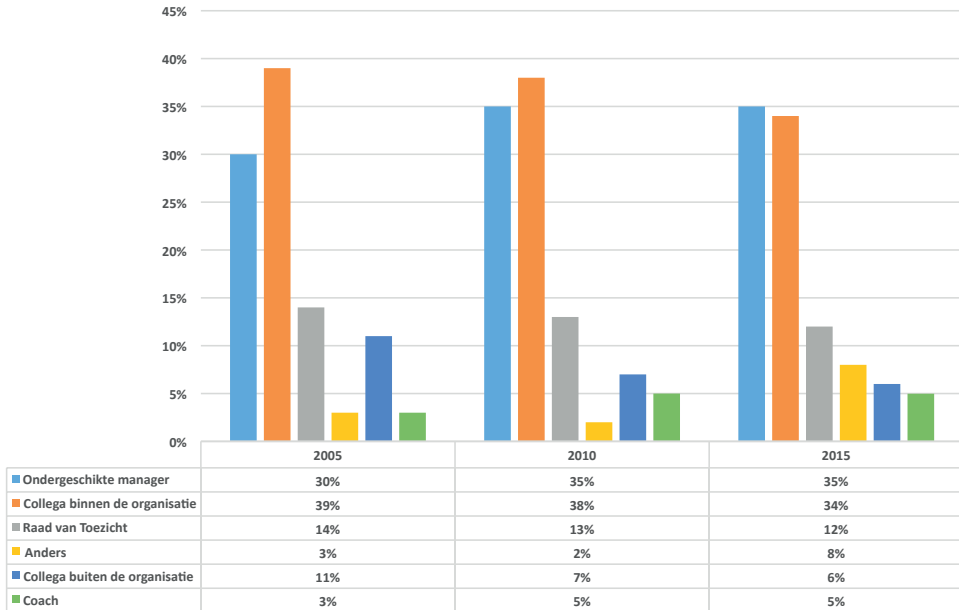
Deze uitkomsten betreffen het jaar 2015. Er zijn geen significante verschillen met voorgaande onderzoeksjaren.

3.3 Carrièreverloop

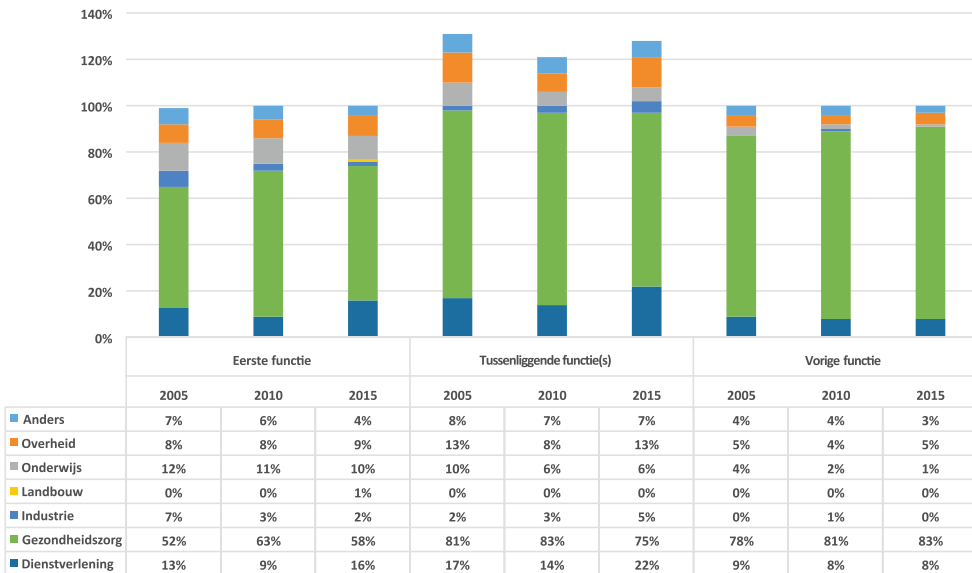
Werkervaring

Zorgbestuurders hebben in het algemeen ruime ervaring in de zorg. Voor verreweg de meeste respondenten is de huidige functie niet de eerste functie in de zorg. In 2015 gold voor 83% van de respondenten dat de vorige functie ook een functie in de zorg was. De meeste respondenten startten hun carrière in de gezondheidszorg (58% in 2015). Belangrijkste verandering door de jaren heen is de significante stijging van het aandeel respondenten dat eerst carrière maakte in een andere dienstverlenende sector alvorens over te stappen naar de zorg.

Zorgbestuurders zijn in het algemeen zeer ervaren managers. De deelnemers uit 2015 begonnen gemiddeld 25 jaar geleden aan hun eerste managementfunctie en hadden in die jaren 5 à 6 verschillende managementfuncties bekleed, waarvan 3 à 4 in de gezond-



Figuur 3.4 Belangrijkste feedbackgever (percentage, één antwoord mogelijk)



Figuur 3.5 Carrièreverloop: eerste functie, tussenliggende functies (meerdere antwoorden mogelijk) en vorige functie (percentage)

heidszorg. Zowel het totaal aantal managementfuncties als het aantal managementfuncties binnen de gezondheidszorg is significant gestegen in vergelijking met de eerdere enquêtes.

Eindverantwoordelijkheid

Voor een meerderheid van de respondenten is de huidige functie de eerste eindverantwoordelijke functie (56%). Er is op dit punt wel een verschil tussen mannen en vrouwen: het geldt voor 66% van de vrouwelijke en 51% van de mannelijke respondenten. Ten opzichte van de eerdere enquêtes is het aandeel 'debuterende' bestuurders tussen 2000 en 2015 significant gestegen, van 38 naar 56%.

Ook 'debuterende' bestuurders zijn zeer ervaren managers: de respondenten voor wie de huidige functie de eerste eindverantwoordelijke functie is, hebben in 2015 gemiddeld ruim 23 jaar managementervaring in gemiddeld 5 managementfuncties. Hun managementervaring, hoe ruim ook, is wel significant minder dan die van collega's die aan hun tweede of volgende eindverantwoordelijke functie bezig zijn.

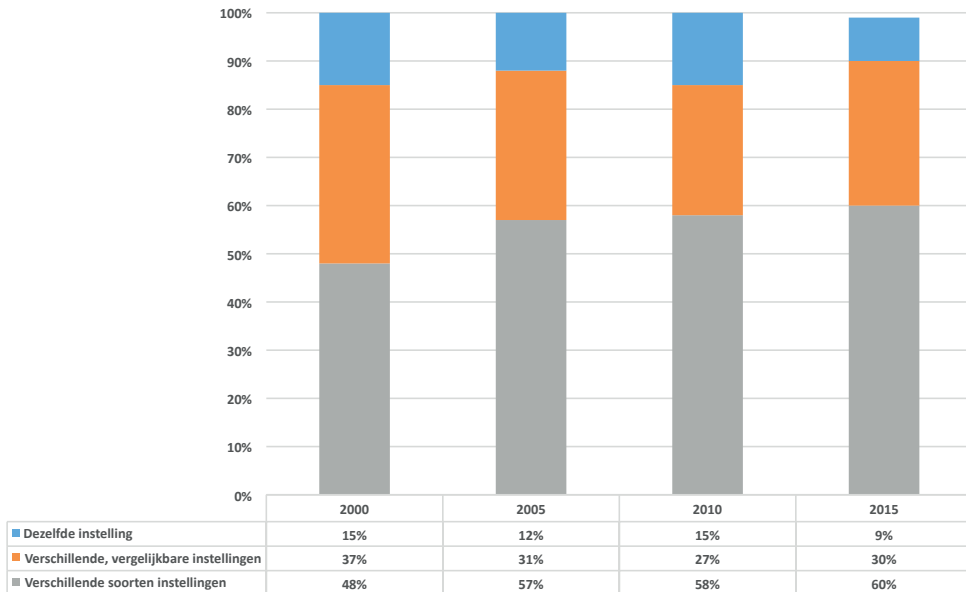
Zowel de 'debuterende' bestuurders als degenen die al eerder een eindverantwoordelijke functie bekleedden, zijn gemiddeld ruim zes jaar werkzaam in hun huidige functie. De gemiddelde duur van zes jaar is sinds 2005 vrijwel onveranderd; in 2000 was het ruim zeven jaar.

Het aandeel respondenten voor wie de huidige functie de eerste eindverantwoordelijke functie is, is het grootst (69%) in de categorie 'andersoortige organisaties', een groep waartoe veel gespecialiseerde, kleinere niche-organisaties behoren. Het verschil met het gemiddelde van 56% is significant. Met andere woorden, 'debuterende' bestuurders krijgen bij 'andersoortige organisaties' vaker een kans dan in andere sectoren.

Doorstroming

Bestuurders maken steeds vaker een overstap van de ene zorgsector naar de andere. Deze trend van toenemende horizontale doorstroming was al in voorgaande onderzoeksjaren zichtbaar en zet zich in 2015 voort. Van de respondenten die meerdere managementfuncties in de zorg hebben bekleed (niet per se met eindverantwoordelijkheid), heeft het overgrote deel managementervaring in verschillende typen zorgorganisaties (bijvoorbeeld VVT én GGZ). Dit aandeel (60% in 2015) is significant toegenomen ten opzichte van 2000 (48%), maar de stijging is gering ten opzichte van 2005 (57%) en 2010 (58%). Het aandeel respondenten dat uitsluitend managementervaring heeft in één zorgsector ligt al jaren rond de 30%. Het aandeel dat managementervaring opdeed binnen één en dezelfde organisatie is tussen 2000 en 2010 nagenoeg gelijk gebleven. Tussen 2010 en 2015 daalde het aandeel respondenten dat uitsluitend managementervaring had in één en dezelfde organisatie daarentegen fors. De afname van 15% in 2010 naar 9% in 2015 is significant.

In de ziekenhuissector is de verticale doorstroming binnen de sector significant groter dan in andere sectoren. In deze sector heeft meer dan de helft van de respondenten uitsluitend (management)ervaring in een ziekenhuis.



Figuur 3.6 Managementervaring in de gezondheidszorg (percentage)

3.4 Aanstelling en opvolging

Nieuw in de enquête van 2015 zijn de vragen over het proces van aanstelling en opvolging.

Aanstelling

In 2015 zijn vragen toegevoegd over de werving en selectie van bestuurders. De respondenten konden meerdere antwoorden aankruisen. Gevraagd naar de wijze van werven blijken de meeste deelnemende bestuurders via een wervingsbureau op de huidige positie terechtgekomen (47%). In ziekenhuizen spelen wervingsbureaus de grootste rol (bij 67% van de respondenten).

Alternatieve routes naar een functie als bestuurder zijn:

- ▶ interne doorstroming (13%);
- ▶ fusie of reorganisatie (9%);
- ▶ connecties met leden van de Raad van Toezicht of de Raad van Bestuur (8%);
- ▶ andere manieren, bijvoorbeeld via een advies- of interimfunctie of via het eigen netwerk (4%).

39% van de respondenten geeft aan dat zij aangeworven zijn in een openbare sollicitatieprocedure. Van de respondenten die via een wervingsbureau geworven zijn, heeft de overgrote meerderheid echter niet aangekruist dat er een openbare sollicitatieprocedure geweest is. Het is mogelijk, maar niet gebruikelijk dat wervingsbureaus een *search* doen zonder te adverteren. Blijkbaar was de respondenten onvoldoende duidelijk wat onder 'openbare procedure' moet worden verstaan. Beschouwen we werving via een wervingsbureau als een openbare procedure – ongeacht of er geadverteerd is –, dan werd 77% van

de respondenten na een openbare procedure in hun huidige functie benoemd. Maar ook wanneer bestuurders via een alternatieve route benoemd werden, kan er tegelijkertijd een openbare procedure geweest zijn. Op basis van dit onderzoek is niet goed een uitspraak te doen over de mate van openbaarheid van de sollicitatieprocedures.

Opvolging

Een kleine groep respondenten in 2015 (5%) verwacht binnen een jaar met pensioen te gaan of om een andere reden de organisatie te verlaten. De meerderheid (60%) van die kleine groep denkt actief mee over de eigen opvolging:

- ▶ 53% is betrokken bij het opstellen van het profiel van de opvolger;
- ▶ 7% is ook betrokken bij de aanstelling, de opvolging wordt in overleg met hen bepaald.

Als opvolging niet concreet aan de orde is, besteden Raden van Toezicht nauwelijks aandacht aan dit onderwerp.

- ▶ De helft (50%) van de respondenten geeft aan dat opvolging op dit moment voor zover zij weten geen gespreksonderwerp is binnen de Raad van Toezicht. Voor een deel komt dat doordat de huidige bestuurder recentelijk is aangetreden (23% van de respondenten is in 2015 recentelijk aangetreden).
- ▶ 17% van de respondenten geeft aan dat opvolging expliciet onderwerp is van het (jaar) gesprek met de Raad van Toezicht;
- ▶ 20% verwacht te zijner tijd betrokken te worden bij overleg over de eigen opvolging.

Hoewel 13% van de respondenten via interne doorstroming benoemd wordt, is er weinig structurele aandacht voor 'eigen kweek'. Slechts een klein deel van de bestuurders geeft aan dat er binnen de organisatie actief gescout wordt op aanwezig bestuurlijk talent.

In 5% van de organisaties wordt binnen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht besproken welke *high potentials* binnen de organisatie kunnen doorgroeien naar een eventuele bestuursfunctie. Slechts enkele organisaties (1%) beschikken over een intern managementontwikkelingsprogramma dat onder meer tot doel heeft interne doorstroming tot in de Raad van Bestuur te bevorderen.

Grote organisaties hebben meer oog voor talentontwikkeling dan kleine organisaties.

In 10% van de grote organisaties (bedrijfsopbrengst hoger dan 125 miljoen euro) wordt besproken wie binnen de organisatie kan doorgroeien, versus 1% van de kleine organisaties (bedrijfsopbrengst lager dan 50 miljoen euro).

3.5 Trends en trendbreuken

Een ontwikkeling die zich voortzet is de vernieuwing onder zorgbestuurders. Voor een steeds groter deel van de bestuurders is de huidige functie de eerste met eindverantwoordelijkheid. Er verschijnen steeds meer nieuwe gezichten aan de bestuurstaafel, steeds vaker zijn dit vrouwen.

Een andere ontwikkeling die zich voortzet betreft het op peil houden van de vakkennis. Bestuurders doen dit door opleidingen te volgen, via coaching en door collega's te raadplegen (door middel van intervisie, collegiale coaching of anderszins).

Kennis van en ervaring in de zorg blijven onmisbaar voor zorgbestuurders en ze doen die vooral op in de praktijk. Zorgbestuurders beschikken in het algemeen over ruime werk- en managementervaring in de gezondheidszorg, vaak opgedaan in meerdere sectoren van zorg. Daarnaast volgden velen van hen aanvullende opleidingen, specifiek voor de zorg. Opvallend is de significante toename van het aantal bestuurders dat ervaring heeft in andere dienstverlenende sectoren. Mogelijk is dit de start van een nieuwe trend. Wanneer zij de stap maken naar een bestuurlijke functie in de zorg beginnen ze relatief vaak in een gespecialiseerde organisatie. Deze merendeels kleinschalige organisaties blijken geschikte startpunten voor een bestuurlijke carrière in de zorg.

Een ander opvallend verschil met de voorgaande enquêtes is dat het percentage bestuurders met een geneeskundige of verpleegkundige achtergrond is afgenomen. De daling van het aandeel respondenten met een verpleegkundige achtergrond is extra opvallend aangezien dit cijfer in voorgaande onderzoeksjaren telkens toenam. Het is echter niet waarschijnlijk dat deze trend zich voortzet, aangezien het Zorginstituut begin 2017 in het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg heeft laten opnemen dat elke zorgorganisatie professionele inbreng in het aansturen van de organisatie moet borgen door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur.

Een opvallende nieuwe uitkomst is dat er weinig aandacht is voor de opvolging van bestuurders. Indien opvolging binnen de Raad van Bestuur niet op korte termijn wordt voorzien, is het zelden een gespreksonderwerp tussen bestuurders en toezichthouders. Ook is er nauwelijks aandacht voor bestuurlijk potentieel in de organisatie. Terwijl 13% van de respondenten door een interne overstap op hun huidige positie terecht is gekomen, is er binnen zorgorganisaties geen structurele aandacht voor eigen kweek en wordt er nauwelijks gescout op bestuurlijk talent. Het lijkt erop dat het vooral als de eigen verantwoordelijkheid van werknemers wordt gezien om zich voor te bereiden op de stap naar een bestuurlijke positie.

Hoofdstuk 4

Bestuurders over hun organisatie

4.1 Structuur en omvang

Omvang

Zorgbestuurders geven leiding aan steeds grotere organisaties. Als maatstaf voor de omvang werd in de enquête gevraagd naar de hoogte van de bedrijfsopbrengsten¹, het aantal werknemers en het aantal fte in de organisatie.

De bedrijfsopbrengsten werden opgedeeld in zes clusters:

- ▶ minder dan 15 miljoen euro;
- ▶ 15-50 miljoen euro;
- ▶ 50-100 miljoen euro;
- ▶ 100-125 miljoen euro;
- ▶ 125-150 miljoen euro;
- ▶ meer dan 150 miljoen euro.

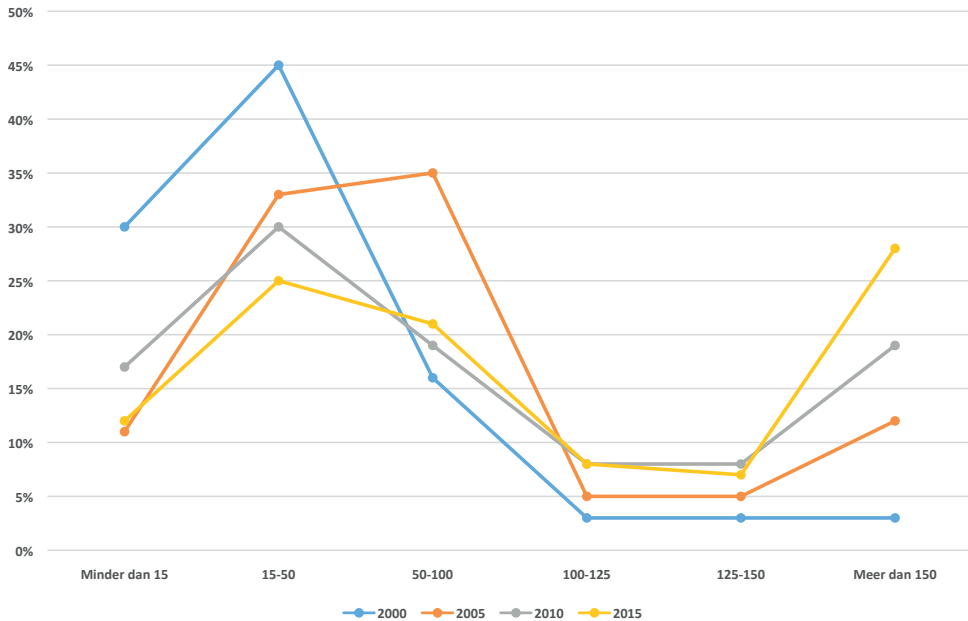
Het aantal kleine organisaties neemt over de onderzoeksjaren heen af, terwijl het aantal grote organisaties toeneemt. In 2000 gaf het merendeel van de respondenten (76%) nog leiding aan een organisatie met een bedrijfsopbrengst² lager dan 50 miljoen euro, in 2015 was dat nog slechts 37%, een significante daling. In 2000 gaf slechts 3% van de respondenten leiding aan een organisatie met een bedrijfsopbrengst van meer dan 150 miljoen, in 2010 was dat percentage gestegen naar 19% en in 2015 naar 28%. Beide toenames zijn significant.

De gemiddelde bedrijfsopbrengst van zorgorganisaties neemt weliswaar toe, maar er blijven grote verschillen. In 2015 geeft nog steeds 25% van de respondenten leiding aan een organisatie met een bedrijfsopbrengst van 15 tot 50 miljoen euro (zie figuur 4.1).

De verschillen tussen de zorgsectoren zijn groot. Van de deelnemende ziekenhuisbestuurders geeft 63% in 2015 leiding aan een organisatie met een bedrijfsopbrengst van meer dan 150 miljoen euro. De sectoren VVT en 'andersoortige organisaties' tellen naar verhouding de meeste organisaties met een bedrijfsopbrengst lager dan 15 miljoen euro (respectievelijk 21% en 25%). De verschillen binnen sectoren zijn het grootst in de VVT, de GHZ en de andersoortige organisaties: daar zijn naast veel kleine ook behoorlijk grote organisaties. Zo zijn er onder de andersoortige organisaties toch ook 11% met een bedrijfsopbrengst van meer dan 150 miljoen euro.

¹ De bedragen zijn cf. de jaarrekening. Het betreft het wettelijk budget, plus overige inkomsten, plus b-segment (ziekenhuizen) in miljoenen euro's, exclusief de omzet van vrijgevestigde specialisten.

² Tussen 2000 en 2005 daalde het aantal het hardst, van 76% naar 44%. Deze daling is significant.



Figuur 4.1 Bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's (percentage)

Dezelfde trends zijn zichtbaar met betrekking tot het aantal fte binnen een zorgorganisatie, inclusief flexibele dienstverbanden. De antwoordmogelijkheden waren als volgt geclusterd:

- ▶ minder dan 500 fte;
- ▶ 500-750 fte;
- ▶ 750-1000 fte;
- ▶ 1.000-1.250 fte;
- ▶ 1.250-1.500 fte;
- ▶ meer dan 1.500 fte.

Het percentage respondenten dat leiding geeft aan een omvangrijke organisatie met meer dan 1500 fte personeel nam tussen 2000 en 2015 significant toe van 12 naar 36%. In 2000 leidde 46% van de respondenten een organisaties met minder dan 500 fte, in 2015 was dit 27% (een significante daling).

Dezelfde trends zien we voor het aantal medisch specialisten.

Inrichting topstructuur

Kijken we naar de samenstelling van Raden van Bestuur dan valt op dat, ondanks de groeiende omvang van zorgorganisaties, de omvang van de Raden van Bestuur niet is toegenomen en dat het aantal leidinggevende niveaus is afgenomen. In 2015 is 44% van de respondenten de enige bestuurder van de organisatie en 55% maakt deel uit van een

meerhoofdige Raad van Bestuur. In 2015 is het aandeel organisaties met slechts twee leidinggevende niveaus 25%, een significante stijging ten opzichte van 2005 (9%). Met andere woorden, de *span of control* van bestuurders en managers is groter geworden. Ziekenhuizen behoren tot de grootste organisaties. Daar vinden we significant vaker een Raad van Bestuur die uit drie of vier leden bestaat. De GGZ telt in 2015 de meeste tweehoofdige Raden van Bestuur (73% ten opzichte van 41% gemiddeld, een significant verschil).

Organisatiestructuur

Zorgorganisaties kunnen op verschillende manieren georganiseerd zijn:

- ▶ rondom zorgeenheden voor specifieke patiëntengroepen (in 2015 gold dit voor 41% van de organisaties);
- ▶ in clusters of divisies met daarbinnen zorgeenheden (in 2015 gold dit voor 38% van de organisaties);
- ▶ naar functie (in 2015 gold dit voor 7% van de deelnemende organisaties, een significante daling ten opzichte van de eerdere enquêtes).

Van de 'andersoortige organisaties' behoren er relatief veel (31%) tot de laatstgenoemde groep. Dat is goed te verklaren uit het specialistische karakter van deze organisaties, die vaak gericht zijn op één functie, type zorgvraag of doelgroep.

4.2 Samenwerking met professionals en managers

Professionals kunnen op verschillende manieren een bijdrage leveren aan het organisatiebeleid. Opvallend is dat steeds meer professionals ook managen of besturen. Zo heeft 12% van de organisaties in 2015 een 'duaal bestuur' waarin naast managers ook professionals vertegenwoordigd zijn, bijvoorbeeld de voorzitter van een vakgroep of medische staf. In 2005 was dit nog 6%, een significant verschil. In 2015 kent ruim de helft van de organisaties (51%) 'duaal management', in 2005 was dat nog 37%. Ook dit verschil is significant. Daarnaast kent men allerlei adviesstructuren, soms met een vrijblijvend karakter, soms verplicht.

Tabel 4.1 Inbreng van professionals in het beleid (percentage, meerdere antwoorden mogelijk)

	2005	2010	2015
Verplichte raadgeving	30%	34%	36%
Vrijblijvend advies	43%	48%	44%
Duaal bestuur	6%	8%	12%
Duaal management	37%	33%	51%
Niet geregeld	9%	17%	10%
Anders	16%	3%	14%

Vergelijking met 2000 is niet mogelijk omdat de vraag destijds anders gesteld werd.

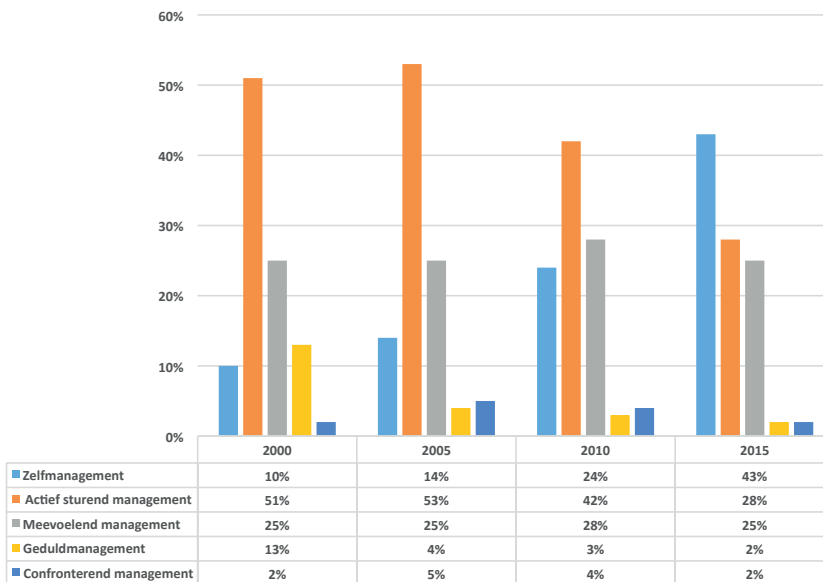
In de ziekenhuizen is de inbreng van professionals het meest geformaliseerd. Van de organisaties binnen de sector ZKH in 2015 kent 69% verplichte raadgeving door professionals, 84% duaal management en 24% duaal bestuur.

In de GHZ is aanzienlijk minder ruimte voor de inbreng van professionals op organisatiebeleid. In 36% van de organisaties is de professionele inbreng in 2015 in het geheel niet geregeld. In 27% van de organisaties komen alternatieve vormen voor, maar geen verplichte of vrijwillige raadpleging, duaal management of duaal bestuur.

Ook in de VVT geven relatief veel bestuurders (30%) aan dat de inbreng van professionals in het geheel niet is geregeld.

Dat de samenwerking tussen professionals enerzijds en management en bestuur anderzijds aan verandering onderhevig is, blijkt ook uit de manier waarop bestuurders leiding geven aan professionals. Een steeds groter deel van de respondenten verwacht zelfmanagement van professionals: in 2015 was dit 43%, een significante stijging ten opzichte van 10% in 2000.

Respondenten die werkzaam zijn in de GHZ en de VVT hebben meer vertrouwen in het zelfmanagement van professionals dan bestuurders in andere sectoren (in 2015 respectievelijk 58% en 56%), terwijl het opleidingsniveau van medewerkers in de GHZ en VVT juist relatief laag is.



Figuur 4.2 Opvatting bestuurders over het managen van professionals (percentage, slechts één antwoord mogelijk)

Ziekenhuisbestuurders vertrouwen het minst op het zelfmanagement van professionals, maar toch geven ook zij steeds vaker aan dat ze dat wel zouden moeten doen: de stijging van 5% in 2005 naar 19% in 2015 is significant.

Ook van managers verwachten steeds meer bestuurders zelfstandigheid: In 2015 vindt 38% van de respondenten dat managers zelfsturend zouden moeten zijn, een significante toename ten opzichte van 2005 (26%) en 2010 (23%). In 2000 maakte deze vraag nog geen onderdeel uit van de enquête.

De ontwikkeling naar zelfmanagement sluit aan op ideeën over zelforganisatie en *shared governance*, waarbij de organisatie en besturing van de zorg als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van professionals, managers en bestuurders wordt gezien. De verantwoordelijkheid voor de zorgverlening kan daarbij ook gedeeld worden met externe samenwerkingspartners, zoals bijvoorbeeld het geval is bij populatiegerichte bekostiging.

Dat de manier van samenwerken en verantwoordelijkheden (ver)delen in de zorg is veranderd, blijkt ook op andere manieren. Zo geven de respondenten in 2015 aan dat ondernemerschap in de zorg wat hen betreft vooral samenwerken betekent en vooral iets is van professionals. Hierover meer in paragraaf 5.3.

4.3 Verandervraagstukken

Onderdeel van het onderzoek is het in kaart brengen van de veranderopgaven van zorgorganisaties. Omdat in 2005 de antwoordcategorieën werden uitgebreid, is een goede vergelijking met de antwoorden uit 2000 niet altijd mogelijk. De veranderthema's waar bestuurders mee van doen hebben zijn zeer divers. 'Kanteling' (verandering van een dienstenstructuur naar zorgeenheden of zorgclusters), fusie, uitbreiding van het zorgaanbod, reorganisatie van de medische staf, sanering, aanpassing van kwaliteits- of ICT-systemen, het is allemaal veelvuldig aan de orde.

Opvallend genoeg is de top drie van veranderingen die in de voorgaande vijf jaar zijn doorgevoerd door de jaren heen nauwelijks veranderd.

In 2005, 2010 en 2015 waren de belangrijkste veranderthema's:

- ▶ invoering van een kwaliteitssysteem;
- ▶ nieuwbouw of renovatie;

Een derde thema, invoering van een nieuwe topstructuur, vroeg in in 2005 en 2010 veel aandacht van organisaties, maar in 2015 veel minder. Invoering van een nieuw ICT-systeem wordt nu de nieuwe prioriteit.

In 2015 zijn de drie meest genoemde actuele veranderthema's:

- ▶ aanpassing van de ICT-infrastructuur;
- ▶ samenwerking tussen organisaties realiseren;
- ▶ 'doorkanteling' van de organisatie (het verder doorvoeren van principes en decentralisatie).

In de enquêtes van 2005 en 2010 stond 'doorkanteling' minder hoog op de agenda. In plaats daarvan waren bestuurders vaker bezig met nieuwbouw of renovatie. In 2005 had verbetering van het kwaliteitssysteem meer prioriteit dan ICT-infrastructuur.

Welke veranderingen in de toekomst vooral de aandacht zullen vragen, blijkt lastig te voorspellen. De antwoorden lopen sterk uiteen, maar toch is er wel een rode draad te benoemen. Bovenaan in alle enquêtes staan nieuwbouw of renovatie, en ook samenwerking en ICT worden veel genoemd. In 2005 verwachtten respondenten nog dat de ontwikkeling van commerciële diensten veel aandacht zou vragen. Dat is wel gebeurd, maar niet in die mate als verwacht werd.

De veranderthema's verschillen per sector. Op basis van de uitkomsten uit 2015 zijn de volgende verschillen te benoemen.

- ▶ In de sector ZKH was, is en blijft (re)organisatie van de medische staf een aandachtspunt.
- ▶ In de sectoren GGZ en 'gecombineerde organisaties' vraagt sanering meer aandacht dan in andere sectoren.
- ▶ In de sectoren VVT en GHZ vragen vooral nieuwbouw en renovatie de aandacht van bestuurders.
- ▶ In de sector GHZ is 'doorkantelen' aan de orde; ook ziekenhuisbestuurders verwachten dat dit in de toekomst nog veel aandacht zal vragen.
- ▶ Bestuurders in de sector VVT zijn meer dan in andere sectoren bezig met uitbreiding van het zorgaanbod en ontwikkeling van commerciële diensten. Ze verwachten dat dit ook in de toekomst hoog op de agenda zal staan.
- ▶ Bestuurders in de sector GHZ zijn meer dan in andere sectoren bezig met verbetering van de ICT-infrastructuur.

4.4 Trends en trendbreuken

In de vijftien jaar dat het onderzoek loopt zijn zorgorganisaties steeds groter geworden. Het aantal managementlagen en leden van Raden van Bestuur is daarentegen afgenomen. Managers en bestuurders geven leiding aan steeds grotere eenheden.

In dat licht is het misschien niet verrassend dat professionals meer formele en informele managementtaken krijgen toebedeeld en dat de zorg meer decentraal georganiseerd wordt, rondom cliëntgroepen. Organisaties worden platter; van professionals en managers wordt meer zelfstandigheid verwacht in de uitoefening en aansturing van hun werk. Net als in de eerdere enquêtes blijkt verandermanagement ook in 2015 een belangrijk aspect van het besturen van een zorgorganisatie. Landelijke en lokale ontwikkelingen worden op elkaar afgestemd door continu te zoeken naar de juiste schaal, structuur en bestuursvorm.

Bestuurders geven de uitdagingen waarvoor ze staan door de tijd heen verschillende prioriteiten. In 2015 zijn het aangaan van nieuwe samenwerkingsrelaties en een goede ICT-infrastructuur het belangrijkste.

Samenvattend kunnen we stellen dat anno 2015 de interne samenwerkingsrelaties tussen professionals en management en de externe samenwerkingsrelaties met andere organisaties aan verandering onderhevig zijn. Meer dan in voorgaande onderzoeksjaren vragen ze aandacht van zorgbestuurders.

Hoofdstuk 5

Bestuurders over hun functie

Hoe bestuurders invulling geven aan hun functie kan op verschillende manieren in kaart gebracht worden. In de enquêtes hebben we gevraagd hoe bestuurders hun tijd besteden, welke diverse relaties zij onderhouden en hoe ze hun eigen functie interpreteren: hun visie op besturen.

5.1 Tijdsbesteding

De manier waarop bestuurders hun tijd verdelen over verschillende activiteiten en contacten is weinig veranderd. Gemiddeld besteden ze in 2015 verreweg de meeste tijd (66%) aan interne zaken en ruim een derde (34%) aan externe zaken. Ziekenhuisbestuurders zijn significant meer intern gericht dan hun collega's uit andere sectoren van zorg: ze besteden 72% van hun tijd aan interne aangelegenheden en 28% aan externe zaken. De verdeling over zorginhoudelijke en beheersmatige aangelegenheden is door de jaren heen veranderd. Nog steeds wordt het merendeel van de bestuurlijke agenda in beslag genomen door beheersmatige onderwerpen (56% in 2015), maar de zorginhoud vergt geleidelijk aan steeds meer tijd: 44% in 2015 versus 40% in 2010 en 37% in 2005. De verschillen zijn significant.

De respondenten besteden in 2015 ongeveer 57% van hun tijd aan bestuurlijk-strategische zaken en de rest aan meer tactisch-operationele zaken. Door de jaren heen is die verdeling nauwelijks veranderd.

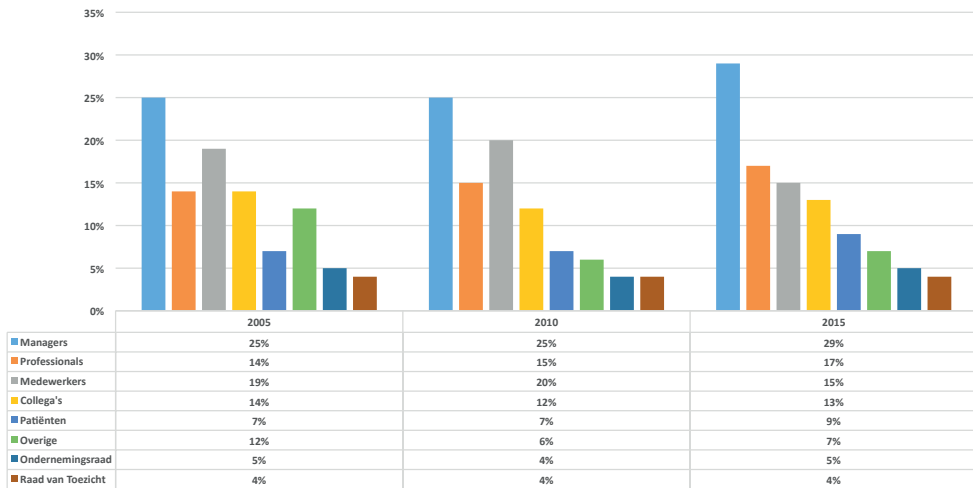
Besturen vergt steeds meer flexibiliteit in de eigen agenda: in 2015 wordt ongeveer 25% van de beschikbare tijd besteed aan onverwachte en ongeplande zaken; in 2000 was dit nog 21%. De verandering is niet significant

5.2 Het managen van relaties

We hebben op twee manieren gevraagd naar relaties: hoeveel tijd spenderen bestuurders aan verschillende (interne en externe) groepen en hoe belangrijk zijn deze relaties? We gaan hier nader in op twee relaties: die met de Raad van Toezicht en die met patiënten/cliënten.

Interne belanghebbenden

Bij interne kwesties kunnen verschillende groepen betrokken zijn (zie figuur 5.1). Gevraagd is hoe bestuurders hun tijd over de diverse interne groepen verdelen.



Figuur 5.1 Tijd besteed aan interne contacten tijdens een gemiddelde werkweek (percentage)

De tijd die bestuurders doorbrengen met professionals en patiënten/cliënten is door de jaren heen gestegen.

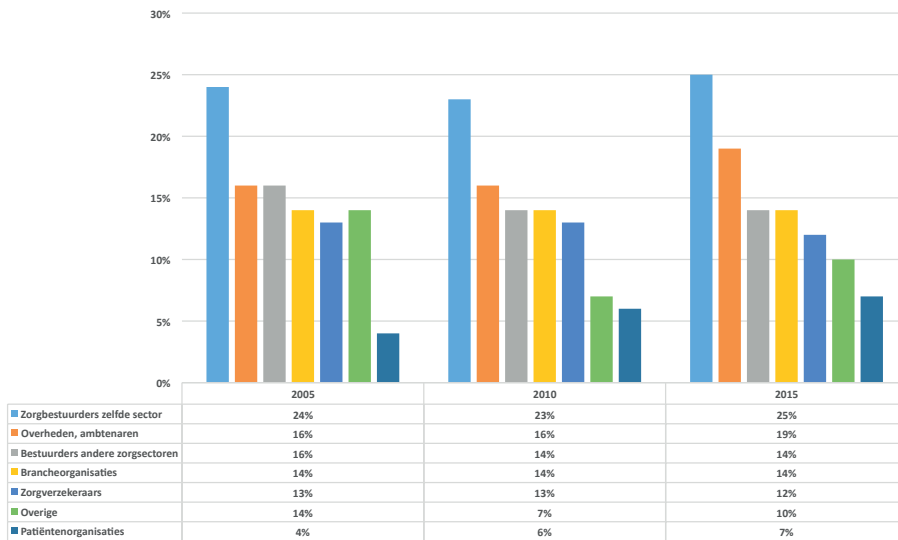
In 2015 besteedden bestuurders 9% van de intern bestede tijd aan contacten met patiënten, inclusief contacten met de patiënten/cliëntenraad. Dat is een op het eerste gezicht lichte, maar significante stijging ten opzichte van 2010 (7%). Ook de tijd doorgebracht met professionals is significant gestegen, van 15% in 2010 naar 17% in 2015.

In de enquête van 2015 hebben we de vraag toegevoegd welke interne contacten de bestuurder het belangrijkste vindt voor het uitoefenen van zijn of haar functie. Dat zijn, op volgorde van belangrijkheid:

- ▶ collega-bestuurders indien er sprake is van een meerhoofdige Raad van Bestuur;
- ▶ managementteam;
- ▶ medewerkers aan wie rechtstreeks leiding gegeven wordt;
- ▶ professionals;
- ▶ patiënten/cliënten(raad) of familie(raad);
- ▶ (voorzitter van de) Raad van Toezicht;
- ▶ (voorzitter van de) Ondernemingsraad.

Het belangrijkste voor de deelnemende bestuurders zijn degenen met wie ze het nauwst samenwerken. Dit *top team* bestaat uit collega-bestuurders, het managementteam en de naaste medewerkers. Hierna volgen professionals en patiënten/cliënten.

Minder belangrijk voor de uitoefening van de functie van bestuurder zijn de Raad van Toezicht, de patiënten/cliëntenraad (als we die even scheiden van het directe contact met patiënten/cliënten) en de Ondernemingsraad. Hoewel bij belangrijke beslissingen de instemming van deze organen vereist is, zijn zij voor het dagelijks functioneren van bestuurders van ondergeschikt belang.



Figuur 5.2 Tijd besteed aan externe contacten tijdens een gemiddelde werkweek (percentage)

Externe belanghebbenden

De externe contacten worden door de respondenten minder belangrijk gevonden dan de interne contacten. Zij besteden er ook minder tijd aan: in 2015 besteden de respondenten 35% van hun tijd aan externe contacten, 65% aan interne contacten. Ook voor de externe contacten is gevraagd hoe bestuurders hun tijd verdelen over de diverse groepen (zie figuur 5.2).

Net als voor de interne contacten is ook voor de externe contacten gevraagd naar hoe belangrijk ze zijn voor de uitoefening van de functie van bestuurder. Dat zijn, op volgorde van belangrijkheid:

- ▶ zorgbestuurders uit dezelfde sector;
- ▶ overheden en ambtenaren;
- ▶ bestuurders uit andere zorgsectoren;
- ▶ brancheorganisaties;
- ▶ zorgverzekeraars;
- ▶ patiëntenorganisaties of belangenbehartigers.

Niet alleen intern, maar ook extern zijn bestuurders meer tijd gaan besteden aan contacten met patiënten/cliënten. De contacttijd van bestuurders met patiëntenorganisaties en belangenbehartigers is tussen 2005 en 2015 significant gestegen, van 4 naar 7%.

Relatie met de Raad van Toezicht

Gezien het voorgaande zal het niet verbazen dat de meeste bestuurders in 2015 het managementteam (35%) en collega-bestuurders (34%) noemden toen hen gevraagd werd van wie ze de meeste feedback op hun dagelijks functioneren vragen en ontvangen. De Raad van Toezicht werd door 12% van de respondenten genoemd.

Er zijn verschillen tussen respondenten die alleen besturen en respondenten die deel uitmaken van een meerhoofdige Raad van Bestuur. Voor veel respondenten die deel uitmaken van een meerhoofdige Raad van Bestuur zijn hun medebestuurders de belangrijkste bron van feedback (61%). Voor respondenten die alleen besturen is het managementteam juist de belangrijkste bron van feedback (56%). Zij hebben immers geen naaste collega. Ook voor de relatie tussen bestuurder en toezichthouder maakt het uit of de bestuurder alleen bestuurt of collega's heeft. Van de respondenten die alleen besturen noemt 22% de Raad van Toezicht de belangrijkste bron van feedback, van de respondenten in een meerhoofdige Raad van Bestuur is dat slechts 4%.

Meer dan de helft van de ondervraagde bestuurders is in 2015 zelf ook actief als toezichthouder: 33% heeft zitting in een Raad van Toezicht, 18% in meerdere Raden van Toezicht. In eerdere enquêtes lag dit percentage significant hoger: in 2000 was het 79%. Het percentage bestuurders dat geen zitting had in externe besturen en commissies, 17% in 2015, is significant gestegen ten opzichte van 2000 en 2005.

Relatie met patiënten/cliënten

De directe contacttijd tussen bestuurders en patiënten/cliënten is door de jaren heen significant gestegen tot circa 2,5 uur per week in 2015.

In 2015 hebben we aan de enquête de vraag toegevoegd hoe de respondent het belang van de patiënt/cliënt meeneemt in het beleid van de organisatie. Het effectiefst vinden ze de inbreng van patiënten/cliëntenraden, gevolgd door direct contact met patiënten/cliënten (bijvoorbeeld door mee te lopen in de organisatie) en directe terugkoppeling door medewerkers.

Er zijn verschillen tussen sectoren. Respondenten uit ziekenhuizen hechten significant meer waarde aan contacten met zorgverzekeraars en aan uitkomsten van externe (digitale) beoordelingen zoals Zorgkaart Nederland als manier om het belang van patiënten/cliënten mee te nemen. Het verschil tussen respondenten uit de sector ZKH en de respondenten uit alle andere sectoren (GGZ, VVT, GHZ, gecombineerd en andersoortig) is significant.

Op de vraag met wie of wat zij zich het meest verbonden voelen, noemen de respondenten het vaakst de eigen organisatie. Patiënten/cliënten staan op de tweede plek, maatschappelijke vraagstukken aangaande de zorg (zoals toegankelijkheid en betaalbaarheid) komen op de derde plek.

5.3 Visie op besturen

Rolopvatting en -uitoefening

Een belangrijke vraag sinds de start van het onderzoeksprogramma is die naar rolopvatting en -uitoefening. Rolopvatting weerspiegelt de verwachtingen die anderen hebben van zorgbestuurders. Het vertelt iets over hoe de functie geduid wordt, door bestuurders zelf maar ook door anderen. Gevraagd is naar zes rollen:

- ▶ het 'boegbeeld', zowel binnen als buiten de organisatie;
- ▶ de 'manager' die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt;
- ▶ de 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe markten aanboort;

- ▶ de 'procesleider' die zorgt dat de processen soepel verlopen en de goede mensen op de goede plek zitten;
- ▶ de 'strateeg' die lijnen naar de toekomst uitzet;
- ▶ de 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen binnen- en buitenwereld.

De respondenten vinden de rol van strateeg het belangrijkste. Dat was zo in 2000, 2005 en 2010, en is nog steeds zo in 2015. De rollen van manager en regisseur werden in alle onderzoeksjaren het minst belangrijk gevonden.

Toch treden er ook veranderingen op in de rolopvattingen. Een duidelijke trendbreuk is zichtbaar tussen 2000 en 2005 enerzijds, en 2010 en 2015 anderzijds. In 2000 en 2005 plaatsen de respondenten hun rol als ondernemer op de tweede plek; met de aankomende c.q. recente invoering van marktwerking in de zorg geloofden zij dat van hen meer ondernemerschap werd verwacht en dat zij meer als ondernemer zouden moeten optreden. In 2010 en 2015 is de hype rondom ondernemerschap alweer overgewaaid; de rol als ondernemer is gedaald naar de vierde plek, de rollen als boegbeeld en tussenpersoon zijn belangrijker geworden.

Voor vrijwel alle rollen is er een verschil tussen het belang dat respondenten eraan hechten en de mate waarin ze aangeven de rol uit te oefenen. Dit geldt voor alle onderzoeksjaren. Het verschil tussen wens en (ervaren) werkelijkheid is het grootst bij de rol van ondernemer. Dit verschil is te zien in alle vier de enquêtes: bestuurders zien het belang van een ondernemende houding, maar ervaren de mogelijkheden om daadwerkelijk te ondernemen als beperkt. Anderzijds vinden de respondenten hun rol als manager minder belangrijk dan andere rollen, maar vraagt die rol in de praktijk toch veel aandacht. Respondenten vinden dat zij meer moeten managen dan wenselijk is.

Ondernemerschap

Sinds 2005 hebben we doorgevraagd naar de manier waarop respondenten concreet invulling geven aan hun rol als ondernemer. Ze blijken het ondernemerschap vooral in te vullen door het aangaan van samenwerkingsrelaties en het stimuleren van professionals tot innovatie. In 2015 worden deze twee zaken voor het eerst belangrijker gevonden dan creatief omgaan met beperkte middelen, en wel door respondenten uit alle zorgsectoren. Ten opzichte van de eerdere enquêtes heeft innovatie door professionals significant aan belang gewonnen.

Tabel 5.1 De invulling van ondernemerschap (gemiddelden)

	2005	2010	2015
Aangaan van samenwerkingsrelaties	3,9	4,0	4,1
Stimuleren van innovatie door professionals	3,8	3,8	4,1
Creatief omgaan met middelen	3,6	3,8	3,9
Optimaliseren van werkprocessen	3,5	3,7	3,5
Aanboren van nieuwe markten	3,3	3,3	3,1
Initiëren van commerciële activiteiten	2,7	2,8	2,5

Gemiddelde score op een vijfpunts schaal (1 = geheel niet van toepassing, 5 = zeer van toepassing).

5.4 Trends en trendbreuken

De manier waarop bestuurders hun tijd verdelen, blijkt over de jaren heen weinig te veranderen. Bestuurders besteden veel tijd 'in huis', vaak aan beheersmatige zaken. De trend dat daarnaast de zorginhoud een steeds belangrijkere plek op de bestuurlijke agenda inneemt, zet door.

Bestuurders hebben intern te maken met een veelheid van partijen en belanghebbenden. De meeste tijd brengen zij door met managers. De naaste collega's (managers en bestuurders) zijn het belangrijkste, vooral zij worden geraadpleegd voor feedback en advies.

De relatie met de Raad van Toezicht is er mede van afhankelijk of de respondent deel uitmaakt van een eenhoofdig of een meerhoofdig bestuur. In het eerste geval is de bestuurder voor feedback op het dagelijks functioneren meer aangewezen op de Raad van Toezicht en is er ook meer contact met de (voorzitter van) die raad. Ook het managementteam is voor eenhoofdige bestuurders een belangrijke adviseur of spiegel.

Opvallend is dat de respondenten contacten met de patiënten/cliëntenraad minder belangrijk vinden dan direct contact met patiënten/cliënten. Dit is des te opvallender omdat het merendeel van de respondenten aangeeft dat ze vooral via de patiënten/cliëntenraad goed geïnformeerd worden over wat voor patiënten/cliënten belangrijk is.

Voor de contacten met medewerkers geldt hetzelfde: respondenten vinden contacten met de Ondernemingsraad minder belangrijk dan de directe contacten met medewerkers.

Kortom, contacten met formele inspraakorganen zoals de patiënten/cliëntenraad en de Ondernemingsraad worden minder belangrijk gevonden dan directe contacten met degenen die deze organen vertegenwoordigen (patiënten/cliënten en medewerkers).

De rolopvatting van bestuurders is door de jaren heen relatief stabiel. Zij zien zichzelf vooral als strateeg, gericht op de langetermijndoelen. Daarnaast vinden zij het van belang een boegbeeld en tussenpersoon te zijn. Ondernemerschap vinden ze ook belangrijk, maar lastig in praktijk te brengen. Anno 2015 kijken bestuurders vooral naar de professionals voor nieuwe initiatieven en innovaties.

Hoofdstuk 6

Bestuurders over hun maatschappelijke opgave

6.1 Maatstaven voor goed bestuur

In het maatschappelijke en politieke debat bestaat veel belangstelling voor zorgbestuurders, in het bijzonder voor wat zorgbestuurders goed en niet goed doen en wat ‘goede’ van ‘falende’ bestuurders onderscheidt. Het is geen gemakkelijke vraag om te beantwoorden. Opvattingen over goed bestuur kunnen verschillen. In de enquête vroegen we hoe bestuurders er zelf tegen aankijken. Waaruit blijkt volgens hen zelf hun effectiviteit als bestuurder en waarop worden zij zelf het liefst afgerekend?

Effectiviteit

De effectiviteit van de bestuurder blijkt naar eigen zeggen vooral uit:

- ▶ het vermogen om veranderingen door te voeren;
- ▶ het vermogen om een bindende visie te formuleren;
- ▶ het vermogen om spanningen en dilemma's te hanteren.

Tabel 6.1 Maatstaven voor effectief bestuur (percentage, maximaal drie antwoorden)

<i>Aspect</i>	2005	2010	2015
Veranderingen doorvoeren	69%	59%	64%
Formuleren van een bindende visie	60%	63%	60%
Spanningen en dilemma's hanteren	36%	41%	42%
Bedrijfseconomische resultaten	43%	48%	37%
Medewerkers stimuleren	36%	38%	35%
Eigen stijl aanpassen	24%	22%	22%
Besluitvaardigheid	21%	18%	15%

‘Bedrijfseconomische resultaten realiseren’ wordt in 2015 een significant minder belangrijke effectiviteitsmaatstaf gevonden dan in de eerdere enquêtes. In 2005 noemde 43% van de respondenten dit nog als belangrijke maatstaf, in 2010 was dat 48% en in 2015 is het 37% (het verschil is significant ten opzichte van 2010, niet ten opzichte van 2005). Dat bedrijfseconomische resultaten niet per se de juiste maatstaf zijn om bestuurders op te beoordelen, blijkt ook uit de vraag waar bestuurders graag op afgerekend worden. Voor 84% van de respondenten is ‘kwaliteit van zorg’ in 2015 een belangrijke maatstaf. Daarnaast noemt 51% ‘economische gezondheid van de organisatie’ en 48% ‘voldoen aan de maatschappelijke opdracht’ (men kon maximaal twee antwoorden aankruisen).

Tabel 6.2 Zaken waarop bestuurders afgerekend wensen te worden (percentage, maximaal twee antwoorden)

	2005	2010	2015
Kwaliteit van de zorgverlening	74%	87%	84%
Economische gezondheid	53%	72%	51%
Maatschappelijke functie	42%	31%	48%
Concurrentievermogen	29%	11%	8%
Voldoen aan politieke opdracht	0%	3%	1%
Optimalisatie logistieke processen	4%	3%	0%

Het belang van ‘concurrentievermogen’ als maatstaf is tussen 2005 en 2010 significant afgenomen. Dit is in lijn met de eerder gemelde uitkomst dat de focus op ondernemerschap na 2005 afneemt (zie paragraaf 5.3).

Bedrijfseconomische resultaten zijn dus wel belangrijk voor bestuurders, maar hebben door de jaren heen aanzienlijk aan belang ingeboet ten gunste van de maatschappelijke functie van de organisatie. Dit geldt voor respondenten uit alle zorgsectoren. Bestuurders van ziekenhuizen vonden van oudsher ‘concurrentiepositie’ significant belangrijker dan bestuurders uit andere zorgsectoren (21% in 2010 tegenover 11% gemiddeld, 40% in 2005 tegenover 29% gemiddeld), maar in 2015 is dit verschil er niet meer. In 2015 geeft 9% van de ziekenhuisbestuurders aan dat zij hierop afgerekend willen worden, tegenover 8% gemiddeld.

Kwaliteit van zorg

De oriëntatie op de inhoud en kwaliteit van zorg blijkt ook uit de vraag: ‘Op welk gebied is verandering het meest gewenst?’ De hoogste prioriteit geven respondenten in 2015 aan veranderingen op het gebied van de inhoud van de zorg: er zou ‘meer oog moeten zijn voor de kwaliteit van de dienstverlening’. Respondenten geven ook aan dat het professioneler kan: er zou ‘meer aandacht moeten zijn voor de professionele ontwikkeling van medewerkers’. Het zou ook slimmer kunnen, ‘met een betere prijs-kwaliteitverhouding’, en ondernemender, ‘met meer aandacht voor nieuwe werkwijzen en andere financieringsvormen’.

In 2015 stelden we de open vraag: ‘Op welke verandering zijn bestuurders het meest trots?’ Daarop antwoordt 32% van de respondenten: een verbetering in de kwaliteit van zorg.

6.2 Accreditatie van zorgbestuurders

Bestuurders verantwoorden zich op meerdere manieren, aan diverse partijen. Er zijn allerlei wetten, regels en afspraken die hierin een rol spelen. Er is de *governance-code* voor goed bestuur en recentelijk heeft de NVZD een accreditatietraject voor zorgbestuurders ontwikkeld, dat eind 2013 gestart is. In dat traject wordt getoetst of de bestuurder voldoet aan de volgende normen.

Werkt de bestuurder actief aan zijn of haar professionele ontwikkeling?

Een belangrijke doelstelling van de accreditatie is een systematische bijdrage leveren aan de verdere professionalisering van bestuurders: steeds beter worden in je vak. De bestuurder toont aan dat hij of zij bereid is te blijven leren, in de breedste zin. De bestuurder is zich bewust van zijn ontwikkelpunten en is hier actief mee bezig. Het gaat om professionele ontwikkeling op vijf expertisegebieden: leiderschap, resultaatgericht sturen, verbindend samenwerken, maatschappelijk bijdragen en continu ontwikkelen.

Beschikt de bestuurder over zelfreflectief vermogen?

In de accreditatie wordt getoetst of de bestuurder beschikt over het vermogen tot reflectie op het eigen handelen én over het vermogen die reflectie om te zetten in gedrag, of in ander gedrag als dat nodig mocht blijken. Hoe wordt de reflectie georganiseerd? Wie zijn de relevante anderen in de omgeving die de bestuurder aanspreken op zijn of haar keuzes? Hoe heeft de bestuurder tegenspraak georganiseerd?

Voor de accreditatie verzamelt de bestuurder 360° feedback, stelt een zelfevaluatie en een ontwikkelplan op en voert een accreditatiegesprek met twee auditoren. De auditoren geven op basis van al deze informatie een advies aan de accreditatiecommissie. De accreditatiecommissie verleent al dan niet de accreditatie.

In de enquête van 2015 zijn zeven vragen gesteld over de accreditatie van de NVZD, waaronder vragen over de bekendheid met het systeem, de redenen om wel of niet deel te nemen, de hoop en verwachting ten aanzien van het systeem en het gewenste doel van de accreditatie.

Verreweg de meeste respondenten blijken bekend met het accreditatiesysteem; slechts 2% geeft aan het niet te kennen. 'Bekend zijn met' wil overigens niet zeggen dat men weet wat de accreditatie precies inhoudt: 43% geeft aan dat zij dit (nog) niet precies weten.

Deelname

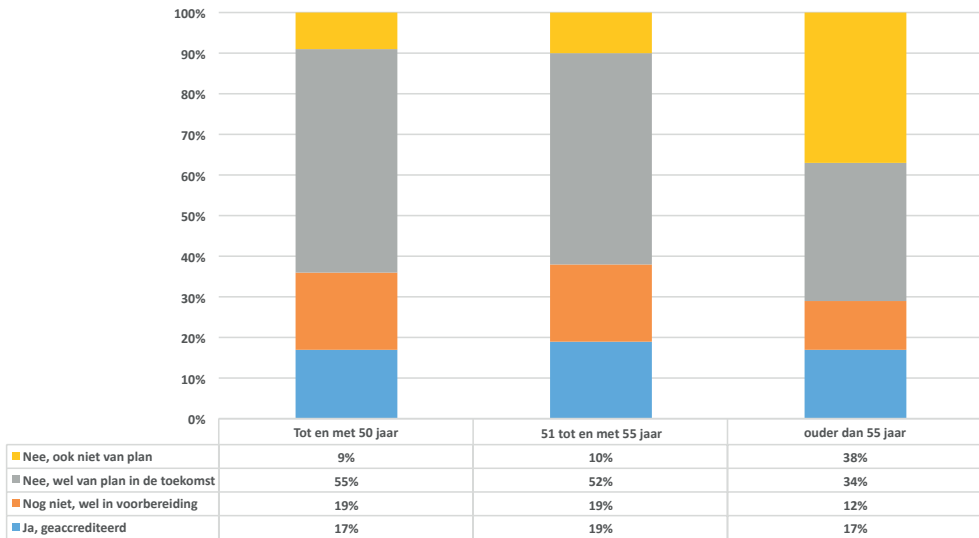
Ongeveer een kwart (26%) van de respondenten kiest er bewust voor niet op te gaan voor accreditatie. Dit geldt met name voor oudere bestuurders: van de respondenten ouder dan 55 jaar geeft 38% aan niet deel te nemen aan de accreditatie. Het verschil met de overige leeftijdsgroepen is significant; voor respondenten tot en met 50 jaar is dit 9%, voor de categorie 51 tot en met 55 jaar is het 10% (zie figuur 6.1).

Uit de antwoorden op de open vraag: 'Waarom bent u niet van plan deel te nemen aan de accreditatie?' komt als belangrijkste reden naar voren dat men de meerwaarde er niet van inziet omdat men elementen van de accreditatie zoals 360° feedback en intervisie al toepast. Als andere reden wordt genoemd dat de Raad van Toezicht en niet de NVZD verantwoordelijk is voor het toetsen van de bestuurder op diens vakontwikkeling. Anderen gaan binnen afzienbare tijd met pensioen, vinden dat een ander systeem beter zou zijn of twijfelen in algemene zin aan de toegevoegde waarde van accreditatie.

De twee belangrijkste redenen om wel deel te nemen aan de accreditatie zijn persoonlijke ontwikkeling en verantwoording naar de samenleving.

Doel en effect

Op de vraag naar het doel van accreditatie (slechts één antwoord mogelijk) antwoordt 70% van de respondenten dat deze zou moeten bijdragen aan de professionalisering van bestuurders. Maatschappelijke legitimering (verantwoording aan de samenleving), toch



Figuur 6.1 Deelname aan accreditatie voor zorgbestuurders (percentage, één antwoord mogelijk)

een belangrijke reden voor respondenten om mee te doen, wordt als doel opvallend weinig genoemd (2%). Bestuurders vinden het een belangrijk aspect, maar het zou volgens velen niet de doelstelling van accreditatie moeten zijn.

Gevraagd naar het effect hopen bestuurders dat accreditatie in de eerste plaats bijdraagt aan de professionalisering van zorgbestuurders en in de tweede plaats aan de maatschappelijke legitimering van de functie. Het derde meest gegeven antwoord is dat de respondent geen bijzondere verwachtingen heeft van de accreditatie: men wacht het af.

6.3 Het maatschappelijk debat

Deelname aan het maatschappelijk debat is voor veel bestuurders een vanzelfsprekend onderdeel van hun functie. Zij laten van zich horen door zich te melden als bestuurslid of lid van een commissie van een brancheorganisatie, door gelijkgezinde collega's te mobiliseren of door politici en ambtenaren actief te bestoken met hun mening. In 2015 geeft slechts 15% van de bestuurders aan dat zij niet van zich laten horen in het publieke debat. Dit is in lijn met voorgaande onderzoeksjaren.

6.4 Trends en trendbreuken

Een constante in het werk van zorgbestuurders is dat veranderen en verbinden samengaan. Om succesvolle veranderingen te kunnen realiseren is een bindende visie van grote waarde. Effectieve bestuurders zijn hiertoe in staat, zo geven respondenten aan.

Bestuurders willen in 2015 – net als in voorgaande onderzoeksjaren – vooral beoordeeld

worden op de kwaliteit van zorg, ook al ligt dat niet altijd in hun directe invloedssfeer en is sturen daarop complex. Zij geven ook aan dat kwaliteit van zorg een aspect is waarop nog veel verbeterd kan worden. Het betrekken van professionals in het management en bestuur van de organisatie (zie paragraaf 4.3) kan een manier zijn om hieraan invulling te geven.

Bestuurders voelen zowel verantwoordelijkheid voor de eigen organisatie en de daarin bereikte resultaten op het gebied van financiën en kwaliteit, als voor de bredere maatschappelijke opdracht om goede, toegankelijke en betaalbare zorg te leveren. Dit krijgt invulling door samenwerkingsrelaties aan te gaan, maar ook door actief te zijn in het maatschappelijke debat en in externe besturen en commissies.

Een nieuwe ontwikkeling is het accreditatiesysteem van de NVZD. De bereidheid tot deelname is wisselend. Met name oudere bestuurders, die dicht tegen de pensioengerechtigde leeftijd aan zitten, zijn terughoudend. De belangrijkste redenen om eraan deel te nemen zijn professionalisering en op de tweede plaats legitimering van het bestuurdersvak.

Hoofdstuk 7

Conclusies

7.1 Zorgspecifieke bestuurders

In dit verslag hebben we de uitkomsten van het vierde enquêteonderzoek onder zorgbestuurders bondig beschreven. We hebben benoemd welke trends zich voortzetten en welke aan verandering onderhevig zijn, welke verschillen er zijn tussen sectoren en tussen bestuurders (mannen en vrouwen, van verschillende leeftijd en met verschillende opleidingen).

De uitkomsten uit 2015 bevestigen de conclusie van de eerdere enquêtes dat zorgbestuurders *zorgspecifieke bestuurders* zijn. Veel bestuurders hebben al vroeg in hun carrière voor de gezondheidszorg gekozen. Zij hebben ruime werkervaring in de zorg. Dat geldt ook voor de respondenten (in 2015 meer dan de helft) voor wie de huidige functie de eerste functie als eindverantwoordelijke is. Het merendeel van de respondenten is na jarenlange ervaring in de gezondheidszorg, in managementposities of als professional, doorgegroeid naar een bestuursfunctie. Toch is er in zorgorganisaties geen structurele aandacht voor 'eigen kweek'. Wel is er sprake van een specifiek proces van socialisering en professionalisering van zorgbestuurders, waarbij bestuurders leren van en met elkaar. De meeste respondenten zien accreditatie van zorgbestuurders als ondersteunend daarbij én als een manier om zich te verantwoorden naar de maatschappij. Anderen hebben er weinig behoefte aan.

Specifiek voor de zorg is dat respondenten aangeven zich sterk verbonden te voelen met de problematiek van patiënten/cliënten. Toch is het directe contact dat zij met hen hebben bescheiden, al neemt het door de jaren heen wel toe. Gemiddeld brengen bestuurders 2,5 uur per week door met patiënten/cliënten. Zij spreken patiënten/cliënten tijdens het overleg met de patiënten/cliëntenraad of wanneer zij meelopen met zorgverleners. De mening van patiënten/cliënten wordt ook ingebracht door anderen: door medewerkers, zorgverzekeraars of via externe beoordelingen zoals op Zorgkaart Nederland.

Ook op een andere manier zijn zorgbestuurders zorgspecifieke bestuurders. Van alle zaken waarover zij verantwoording afleggen, vinden de respondenten kwaliteit van zorg het belangrijkste, belangrijker dan bedrijfseconomische resultaten. Zorgbestuurders ervaren kwaliteit van zorg als een grote uitdaging: het kan nog beter. Als dat lukt, halen zij er veel voldoening uit. Het past bij deze ambities dat zij door de jaren heen steeds meer tijd zijn gaan besteden aan zorginhoudelijke zaken ten koste van beheersmatige zaken. Dit terwijl steeds minder bestuurders zelf een achtergrond als zorgverlener hebben. Daar staat tegenover dat er steeds meer organisaties zijn met een duaal bestuur dat plaats biedt aan zorgprofessionals.

7.2 Zorg anders besturen

Naast duaal bestuur is er steeds vaker sprake van duaal management. Het past bij de zoektocht naar andere vormen van besturing met een grotere inbreng van professionals en patiënten, en met meer ruimte voor zelforganisatie.

Op diverse manieren wordt geprobeerd om het primaire proces meer leidend te laten zijn in de besturing van de zorg en om de samenwerking tussen professionals en managers, zorg en bedrijfsvoering te verbeteren. Andere uitkomsten die hierop wijzen zijn:

- ▶ de inrichting van de organisatie rondom zorgeenheden en patiëntengroepen;
- ▶ de verkleining van de afstand tussen werkvloer en bestuur door vermindering van het aantal leidinggevende niveaus;
- ▶ de visie van bestuurders dat professionals zelf leidend moeten zijn in de aansturing van werkprocessen;
- ▶ de opvatting dat professionals de belangrijkste bron van innovatie zijn;
- ▶ de toegenomen tijd die bestuurders besteden aan contacten met professionals;
- ▶ de toegenomen tijd die bestuurders besteden aan contacten met patiënten/cliënten;
- ▶ de veranderende rolopvatting van bestuurders, waarbij bestuurders zichzelf steeds meer zien als een tussenpersoon die verbindingen legt tussen verschillende interne en externe partijen, elk met hun eigen rol en functie.

Niet alleen professionals hebben inspraak, c.q. een rol in het bestuur. Er zijn allerlei partijen die een stem hebben in beslissingen. Voor bestuurders zijn echter niet zozeer de formele overlegorganen het belangrijkste (Raad van Toezicht, Ondernemingsraad, patiënten/cliëntenraad), maar juist het meer informele, collegiale overleg met collega's en medewerkers. Ook hier worden nieuwe wegen verkend.

7.3 Professionalisering en legitimering van bestuur

Professionalisering en legitimering van bestuur blijven aandacht vragen van zorgbestuurders. Dit onderzoek laat opnieuw zien hoe belangrijk relatiemanagement hiervoor is. Door sterke samenwerkingsrelaties intern (tussen professionals en management) en extern (met andere organisaties) werken bestuurders aan draagvlak en legitimiteit van bestuur.

Zorgbestuurders zoeken ook legitimering bij elkaar. Zij spiegelen zich aan elkaar, gaan bij elkaar te rade en adviseren elkaar. De eigen vakontwikkeling wordt op allerlei manieren versterkt. Bestuurders investeren in opleiding, zelfontwikkeling (intervisie, coaching) en accreditatie. Er is echter weinig aandacht voor de ontwikkeling tot zorgbestuurder, de 'eigen kweek'. Binnen Raden van Toezicht is er weinig zicht op het aanwezige bestuurlijke talent in organisaties. Opvolging en talentontwikkeling zijn thema's die pas besproken worden wanneer opvolging concreet aan de orde is.

In hoeverre accreditatie bijdraagt aan de legitimiteit van zorgbestuurders, daarover zijn de meningen verdeeld. Respondenten zien accreditatie eerder als middel tot professionalisering dan tot legitimering.

7.4 Tot besluit

Het vierde enquêteonderzoek onder zorgbestuurders geeft een inkijkje in de actuele ontwikkelingen in het vak van zorgbestuurder. Net als elk onderzoek roept het ook weer nieuwe onderzoeksvragen op.

Het thema 'legitimiteit van bestuur' is onderdeel van het promotieonderzoek van Sophie Bijloos, beleidsmedewerker bij de NVZD.

De invloed van *stakeholders* – zoals banken en verzekeraars – op de besturing van de zorg is onderdeel van het onderzoek van Richard Janssen, houder van de NVZD-leerstoel Bestuur en management van instellingen in de gezondheidszorg.

Het thema *shared governance* – het op een andere manier, samen met professionals en andere partijen, inrichten van de besturing – wordt opgepakt door de Academische Werkplaats Zorgbestuur onder leiding van Wilma van der Scheer, directeur van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

Vragenlijst

Profiel van bestuurders in de zorg

Geacht lid,

Eens in de vijf jaar voeren NVZD en het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur gezamenlijk een onderzoek uit naar hoe u, als bestuurder in de zorg, uw werk uitvoert en tegen uw functie aankijkt. Dit is de vierde keer dat we dit onderzoek uitvoeren. Dit is een uniek onderzoek, omdat het gaat over u. Wij willen u als NVZD-lid vragen mee te doen aan dit onderzoek. Met de resultaten kunnen we ontwikkelingen in het zorgbestuur laten zien, van binnenuit waargenomen. De NVZD vindt het van belang om inzicht te geven in het vak van zorgbesturen en transparantie te bieden over de taakopvatting van bestuurders. Vorige keren was de respons ongeveer 50%. Dat is een prachtige score! Natuurlijk hopen we dat nu weer te halen.

Het onderzoek is door zijn longitudinale karakter uniek in zijn soort en heeft tot dusverre interessante inzichten opgeleverd. De leeftijd van zorgbestuurders nam toe, net als het aantal vrouwen met een bestuurlijke functie (van 11% in 2000 naar 25% in 2010). Ook het aantal eenhoofdige Raden van Bestuur nam toe. De organisaties werden groter. De uitkomsten laten ook zien dat de *span of control* van zorgbestuurders door de jaren heen is toegenomen en dat organisaties in omvang en inrichting steeds meer variëren. Opvallend is bovendien de rol die demografische ontwikkelingen spelen bij vernieuwing van bestuur. Denk hierbij aan de verschillen tussen jongere en oudere bestuurders. Dat bestuurders zich in 2010 vooral herkennen in de rol van verbinder en intermediair past bij het belang dat relatiemanagement speelt bij de legitimering van bestuur. Legitimering is ook een proces, zo bleek uit het laatste onderzoek.

Wij hopen van harte dat u uw medewerking verleent aan dit voor onze sector en beroepsgroep belangrijke onderzoek. Het onderzoek kan weer nieuwe inzichten opleveren en bestaande aanscherpen.

In 2000 is Pauline Meurs begonnen met de enquête. Wilma van der Scheer heeft de enquête in 2005 en 2010 uitgevoerd en is in 2013 gepromoveerd met behulp van de inzichten uit de enquête. Wilma van der Scheer is ook bij deze enquête weer nauw betrokken. De enquête wordt dit jaar uitgevoerd door Sophie Bijloos in het kader van haar promotieonderzoek dat valt onder de leerstoel Bestuur en Management van Instellingen in de Gezondheidszorg die mede door de NVZD in stand wordt gehouden. Sophie is als beleidsmedewerker verbonden aan de NVZD.

Ook nu zal er op verschillende manieren over de onderzoeksresultaten worden gerapporteerd en ook in NVZD-verband zullen wij aandacht besteden aan de uitkomsten van het onderzoek.

Voor nadere informatie over de inhoud van het onderzoek verwijzen wij graag naar de onderzoeker Sophie Bijloos (030-2777451).
We hopen van harte op uw medewerking!

Paul van der Heijden, voorzitter NVZD

Pauline Meurs, wetenschappelijk directeur Erasmus Centrum voor Zorgbestuur en erelid NVZD

Toelichting

De vragenlijst is opgebouwd uit een viertal profielen.

- ▶ Een biografisch profiel: de vragen over wie u bent, hoe u bent opgeleid en de werkervaring waarover u beschikt.
- ▶ Een organisatieprofiel: vragen over de organisatie waaraan u leiding geeft, bijvoorbeeld de personeelssamenstelling, de structuur en de omvang.
- ▶ Een mentaal profiel: vragen over uw visie op besturen en de manier waarop u hier invulling aan geeft.
- ▶ Een werkprofiel: vragen over de manier waarop u uw werkweek invult. Bijvoorbeeld wat voor soort contacten u onderhoudt en hoeveel tijd u daaraan besteedt.

Begripsverheldering

De vragenlijst is bedoeld voor leden van de NVZD, allen eindverantwoordelijke directeuren of bestuurders van zorgorganisaties. Wanneer in de tekst over 'directeuren' of 'bestuurders' wordt gesproken, worden hiermee de eindverantwoordelijke directeuren of bestuurders bedoeld. Wanneer in de vragenlijst over 'managers' wordt gesproken, dan worden daarmee alle managers bedoeld (operationele, midden- en stafmanagers), inclusief de directeur(en) en/of bestuurder(s). U kunt zowel leiding geven aan een 'instelling' als aan een 'concern' dat uit meerdere (statutaire) instellingen bestaat. Omwille van het laatste wordt in de vragenlijst het brede begrip 'organisatie' gebruikt – een organisatie in de gezondheidszorg kan dus zowel een statutaire instelling als een concern zijn. Indien u zowel bestuurder van een concern bent als bestuurder (of directeur) van een instelling, dan vragen wij u de vragenlijst in te vullen vanuit uw functie voor het concern.

Het invullen van de vragenlijst

Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer een half uur tot drie kwartier van uw tijd in beslag. De gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Wanneer u tussendoor wilt pauzeren kunt u op *volgende* klikken en vervolgens op *pauzeren* drukken of de browser sluiten. Als u dan weer op de link in het e-mailbericht klikt, komt u op de laatst opgeslagen pagina uit. Wanneer u later verder wilt gaan, kunt u weer op de link in de e-mail klikken en op hetzelfde punt in de enquête verder gaan.

Het vervolg

Wij verzoeken u vriendelijk om de vragenlijst – graag voor 31 december 2015 – in te vullen. Nadat u de vragenlijst heeft ingevuld worden uw antwoorden aan de hand van een analyseschema geanalyseerd en vergeleken met de antwoorden van andere bestuurders en eerdere jaren. De resultaten van het onderzoek zullen in de loop van 2016 aan u gepresenteerd worden.

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking en hopen op een hoge respons!

1 Biografisch profiel

Q1 *Personalia*

.....

Q2 *Sinds wanneer oefent u uw huidige functie bij uw huidige organisatie uit?*

.....

Q3 *Portefeuille (indien van toepassing)*

.....

Q4 *Naam organisatie*

.....

Q5 *Wat is uw geboortejaar?*

I9...

Q6 *Wat is uw geslacht?*

- Man
 Vrouw

Q7 *U bent lid van de NVZD. Indien uw organisatie een meerhoofdige directie of Raad van Bestuur kent, zijn uw collega directeuren of bestuurders dan eveneens lid van de NVZD?*

- Ja, al mijn collega's zijn lid
 Nee, niet al mijn collega's zijn lid
 Nee, geen van mijn collega's zijn lid
 Ik ben eenhoofdig bestuurder

Q8 *U kunt om verschillende redenen lid zijn van de NVZD. Hoe belangrijk vindt u de volgende redenen?*

	Zeer onbelangrijk ← → Zeer belangrijk				
Belangenbehartiging	1	2	3	4	5
Services	1	2	3	4	5
Contacten met mede bestuurders	1	2	3	4	5
Ondersteuning van de eigen professionele vakuitoefening	1	2	3	4	5
Anders, namelijk:	1	2	3	4	5

Opleiding

Q9 *Heeft u één of meerdere universitaire en/of hbo-opleiding(en) * genoten? Zo ja, welke? (meerdere antwoorden mogelijk)*

- Een (of meerdere) universitaire opleiding(en)
 Een (of meerdere) hbo-opleiding(en)
 Geen universitaire of hbo-opleiding, maar

* Het gaat hier om initiële opleidingen, niet om post-academische opleidingen.

Q10 *Welke universitaire opleiding(en) heeft u genoten? (meerdere antwoorden mogelijk)*

- Bedrijfskunde
 Economie
 Geneeskunde
 Gezondheidswetenschappen
 Psychologie
 Rechten
 Sociale wetenschappen (anders dan economie of psychologie)
 Anders

Q11 *Welke andere universitaire opleiding(en)?*

.....

Q12 Welke hbo-opleiding(en) heeft u genoten? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Verpleegkunde
- Bedrijfskunde
- Heao
- SPD/sociale academie
- Anders

Q13 Welke andere hbo-opleiding(en)?

.....

Q14 Heeft u in de afgelopen tien jaar één of meer aanvullende of post-academische managementopleidingen of – cursussen gevolgd?

- Nee
- Ja, ik heb een cursus/opleiding gevolgd
- Ja, ik heb meerdere cursussen/opleidingen gevolgd

Q15 Wat was/waren de aanvullende of post-academische cursus(sen) of opleiding(en) die u in de afgelopen tien jaar heeft gevolgd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Masteropleiding algemeen, MBA
- Masteropleiding algemeen, bedrijfskunde
- Masteropleiding algemeen, bestuurskunde
- Andere algemene masteropleiding
- Masteropleiding specifiek gezondheidszorg, Master of Health Administration
- Masteropleiding specifiek gezondheidszorg, Master of Health Care Management
- Masteropleiding specifiek gezondheidszorg, MBA-Health
- Andere specifieke gezondheidszorg opleiding
- Uitgebreid management development programma, Master Class NVZD/Erasmus Centrum voor Zorgbestuur
- Uitgebreid management development programma, Top Class NVZD/ Erasmus Centrum voor Zorgbestuur
- Uitgebreid management development programma, Stolte-leergang voor leidinggevenden in de zorg
- Uitgebreid management development programma, Stolte Advanced Program (STAP)
- Ander uitgebreid management development programma
- Cursus management algemeen
- Cursus management specifiek, financieel/bedrijfskundig
- Cursus management specifiek, informatisering
- Cursus management specifiek, logistiek
- Cursus management specifiek, human resource management
- Cursus management specifiek, kwaliteitsmanagement
- Cursus management specifiek, vastgoed/bouw
- Andere managementspecifieke opleiding

Eind 2013 is de NVZD gestart met een accreditatie voor zorgbestuurders. In het accreditatietraject wordt getoetst of de bestuurder voldoet aan de volgende norm:

Beschikt de bestuurder over zelfreflectief vermogen? In de accreditatie wordt getoetst of de bestuurder beschikt over het vermogen tot reflectie op het eigen handelen en het vermogen om die reflectie ook om te zetten in gedrag en in ander gedrag als dat nodig mocht blijken.

Werkt de bestuurder actief aan zijn/haar vakontwikkeling? Een belangrijke doelstelling van de accreditatie is een systematische bijdrage aan de verdere professionalisering van bestuurders: steeds beter worden in je vak. De bestuurder toont aan dat hij/zij bereid is te blijven leren, in de breedste zin.

Om deze norm te toetsen, verzamelt de bestuurder 360° feedback, stelt een zelfevaluatie en een ontwikkelplan op en voert een accreditatiegesprek met twee auditoren. De auditoren geven op basis hiervan advies aan de accreditatiecommissie. Deze onafhankelijke commissie besluit over het al dan niet toekennen van accreditatie.

Q16 *Bent u bekend met het NVZD-accreditatiesysteem? Selecteer het meest passende antwoord (één antwoord mogelijk)*

- Jazeker, ik ken de inhoud en de context
- Ja, maar niet met de exacte invulling
- Ik ben hier niet bekend mee

Q17 *Bent u als bestuurder geaccrediteerd bij de NVZD? Selecteer het meest passende antwoord (één antwoord mogelijk)*

- Ja
- Nog niet, maar ik ben er wel mee bezig (in voorbereiding of al gestart)
- Nee, maar ik ga me wel opgeven in de toekomst
- Nee, ik ben dit ook niet van plan

Q18 *Wat zijn de belangrijkste overwegingen om deel te (gaan) nemen aan het accreditatietraject? Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (één of twee mag ook), 1 is het meest passende antwoord*

- Bepalen waar ik sta in mijn carrière
- Mijn loopbaanperspectief vergroten
- Persoonlijke ontwikkeling
- Verantwoording naar banken/verzekeraars
- Verantwoording naar patiënten/cliënten
- Verantwoording naar medewerkers
- Verantwoording naar MT
- Verantwoording naar overheid/politiek
- Verantwoording naar samenleving
- Verantwoording naar Raad van Toezicht

Q19 *Waarom bent u dit niet van plan?*

.....

Q20 *Wat hoopt u dat het maatschappelijk effect van het accreditatiesysteem zal zijn? Het gaat erom wat u als wenselijk ziet. Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (één of twee mag ook), 1 is het meest passende antwoord*

- Draagt bij aan de kwaliteit van zorg
- Draagt bij aan de professionalisering van zorgbestuurders
- Draagt bij aan maatschappelijke legitimering
- Erkenning van besturen in de zorg als vak
- Gaat een rol spelen in selectieprocessen/bij opvolgingskwesties
- Gaat een rol spelen voor de financiering van zorg (banken, zorgverzekeraars, ...)
- Leidt tot formalisering van het competentieprofiel van de bestuurder
- Voorkomt een door de politiek/overheid opgelegd systeem
- Ik heb geen bijzondere hoop ten aanzien van het effect

Q21 *Wat verwacht u dat het maatschappelijke effect van het accreditatiesysteem gaat zijn? Het gaat er hier om wat u denkt dat het effect zal zijn. Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (één of twee mag ook), 1 is het meest passende antwoord*

- Draagt bij aan de kwaliteit van zorg
- Draagt bij aan de professionalisering van zorgbestuurders
- Draagt bij aan maatschappelijke legitimering
- Erkenning van besturen in de zorg als vak
- Gaat een rol spelen in selectieprocessen/bij opvolgingskwesties
- Gaat een rol spelen voor de financiering van zorg (banken, zorgverzekeraars, ...)
- Leidt tot formalisering van het competentieprofiel van de bestuurder
- Voorkomt een door de politiek/overheid opgelegd systeem
- Ik heb geen bijzondere verwachting ten aanzien van het effect

Q22 *Maak de volgende zin af: 'Accreditatie gefaciliteerd door de NVZD zou als doel moeten hebben ...'. Kies het meest passende antwoord (één antwoord mogelijk)*

- Bestuurders ter verantwoording roepen
- Bevorderen van de kwaliteit van zorg
- Bijdragen aan professionalisering van bestuur
- De buitenwereld overtuigen dat bestuurders een toegevoegde waarde hebben
- De intrinsieke motivatie van bestuurders toetsen
- Het gedrag van de bestuurder toetsen
- Niets

Anders, namelijk:

.....

Professionele ontwikkeling

Q23 *Op welke andere manier(en) dan door opleiding werkt u aan uw professionele vakontwikkeling? (meerdere antwoorden mogelijk)*

- Door deelname aan een intervisiegroep/directiewerkgroep
- Door deelname aan een werkgroep/commissie NVZD
- Door gesprekken met een persoonlijke coach
- Door deelname aan congressen/symposia
- Door het lezen van vakliteratuur

Anders, namelijk:

.....
.....

Q24 *Op welke andere manier(en) dan deelname aan intervisie, werkgroep of opleiding deelt u uw kennis met collega's? (meerdere antwoorden mogelijk)*

- Door het geven van (gast)colleges voor managers/collega-bestuurders
- Door te spreken op congressen/symposia
- Door coaching van (nieuwe) bestuurders
- Door contacten met collega's, ongeorganiseerd
- Door medewerking te verlenen aan wetenschappelijk onderzoek naar bestuurlijke vraagstukken
- Door te publiceren in vakbladen

Anders, namelijk:

.....
.....

Q25 *Van wie vraagt en ontvangt u de meeste feedback op uw dagelijkse functioneren? (één antwoord mogelijk)*

- Raad van Toezicht
- Ondergeschikte managers
- Collega-bestuurder(s) van dezelfde organisatie
- Collega-bestuurder(s) van een andere organisatie
- Coach

Anders, namelijk:

.....
.....

Carrièreverloop

Q26 *De volgende vragen gaan over uw carrièreverloop. Kunt u aangeven in welke sector u werkzaam was in uw eerste functie?*

- Dienstverlening
- Industrie
- Onderwijs
- Gezondheidszorg
- Landbouw
- Overheid

Anders, namelijk:

.....

Q27 *Uw vorige functie?*

- Dienstverlening
- Industrie
- Onderwijs
- Gezondheidszorg
- Landbouw
- Overheid

Anders, namelijk:

.....

Q28 *En in welke sector was u werkzaam in de tussenliggende functie(s)? (meerdere antwoorden mogelijk)*

- Dienstverlening
- Industrie
- Onderwijs
- Gezondheidszorg
- Landbouw
- Overheid

Anders, namelijk:

.....

Q29 *In welk jaar begon u aan uw eerste managementfunctie?*

In

Q30 *Hoeveel managementfuncties heeft u in het totaal uitgevoerd?*

Totaal aantal managementfuncties:

.....
.....

Q31 *Waarvan:*

..... Functie(s) met eindverantwoordelijkheid (bestuurdersfuncties)

..... Functie(s) binnen de gezondheidszorg

Q32 *Is uw huidige functie uw eerste eindverantwoordelijke directie- of bestuursfunctie?*

Ja

Nee

Q33 *Indien u meerdere managementfuncties heeft uitgeoefend binnen de gezondheidszorg, bent u dan steeds werkzaam geweest in één en dezelfde organisatie?*

Ja, in één en dezelfde organisatie (bijvoorbeeld ziekenhuis)

Nee, in verschillende, maar vergelijkbare organisaties (bijvoorbeeld verschillende ziekenhuizen)

Nee, in verschillende soorten organisaties (bijvoorbeeld een ziekenhuis en een organisatie voor verstandelijk gehandicapten)

Q34 *Hoe bent u bij uw huidige functie terecht gekomen? (meerdere antwoorden mogelijk)*

Door een fusie/reorganisatie

Doorgestroomd vanuit een andere functie binnen de organisatie

Via connecties in Raad van Toezicht

Via connecties in Raad van Bestuur

Via een intern Management Development programma

Via een openbare sollicitatieprocedure

Via een wervingsbureau

Anders, namelijk:

.....
.....

Q35 *Gaat u binnen nu en een jaar met pensioen of heeft u bij de Raad van Toezicht aangegeven dat u binnen nu en een jaar uw baan opzegt?*

Ja

Nee

Q36 Bent u betrokken bij uw opvolging? Selecteer het meest passende antwoord (één antwoord mogelijk)

- Ja, de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur hebben een lijst van mogelijke opvolgers van binnen de organisatie klaarliggen
- Ja, de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur hebben een lijst van mogelijke opvolgers van buiten de organisatie klaarliggen
- Ja, mijn opvolging wordt door de Raad van Toezicht in overleg met mij bepaald
- Ik ben betrokken bij het opstellen van het profiel van de opvolger, maar niet bij de werving en selectie
- Nee

Q37 Is uw toekomstige opvolging (ook wanneer deze op dit moment niet concreet speelt) een onderwerp waar aandacht aan wordt besteed door de Raad van Toezicht? Selecteer het meest passende antwoord (één antwoord mogelijk)

- De organisatie heeft een intern Management Development programma met (onder meer) als doel interne doorstroming tot op Raad van Bestuur niveau.
- De Raad van Bestuur/Raad van Toezicht bespreekt wie binnen de organisatie kan doorgroeien naar een bestuurdersfunctie.
- Mijn opvolging is een expliciet onderdeel van (jaarlijkse) gesprekken met de Raad van Toezicht.
- Mijn opvolging zal in overleg met mij bepaald worden wanneer het speelt.
- Ik ben hier niet bij betrokken.
- Nee.
- Nee, ik ben recent aangetreden.

Anders, namelijk:

.....
.....

2 Organisatieprofiel

Organisatie

Q38 *Aan welk(e) type(n) organisatie(s) geeft u leiding? (meerdere antwoorden mogelijk, bijvoorbeeld in het geval van concerns)*

- Academisch ziekenhuis
- Algemeen ziekenhuis
- Categorieel ziekenhuis
- Organisatie voor GGZ
- Thuiszorgorganisatie
- Organisatie voor verstandelijk of lichamelijk gehandicapten
- Verpleeghuis
- Verzorgingshuis

Anders, namelijk:

.....

.....

Q39 *Wat zijn de bedrijfsopbrengsten* van de organisatie waaraan u leiding geeft? (peiljaar 2014)*

- Minder dan 15
- 15-50
- 50-100
- 100-125
- 125-150
- Meer dan 150

* Conform de jaarrekening. Het betreft hier het wettelijke budget, plus overige inkomsten, plus b-segment (ziekenhuizen) in miljoenen euro's. Exclusief de omzet van eventueel vrijgevestigde specialisten.

Q40 *Hoeveel personen zijn gemiddeld genomen werkzaam in de organisatie waaraan u leiding geeft, inclusief flexibele dienstverbanden? (peiljaar 2014) Totaal aantal fte:*

- Minder dan 500
- 500-750
- 750-1.000
- 1.000-1.250
- 1.250-1.500
- Meer dan 1.500

Q41 *Hoeveel medisch specialisten (artsen, psychiaters) zijn gemiddeld genomen werkzaam in de organisatie waaraan u leiding geeft? (peiljaar 2014)*

Totaal aantal fte:

- Minder dan 25
- 25-50
- 50-100
- 100-150
- 150-200
- Meer dan 200
- Niet van toepassing

Structuur

Q42 *Hoe is de topstructuur van uw organisatie thans ingericht?*

- Eenhoofdig(e) directie/bestuur
 - Meerhoofdig(e) directie/bestuur met collegiale verantwoordelijkheid
 - Meerhoofdig(e) directie/bestuur met eerstverantwoordelijke directeur/bestuurder
- Anders, namelijk:

.....

Q43 *Hoeveel leidinggevende niveaus heeft uw organisatie? (de Raad van Toezicht niet meegerekend)*

- Twee lagen
- Drie lagen
- Vier lagen
- Meer dan vier lagen

Q44 *Indien uw directie of Raad van Bestuur meerhoofdig is, hoeveel leden telt uw directie of Raad van Bestuur dan? En hoe is de man-vrouwverdeling?*

		Aantal mannen	Aantal vrouwen
<input type="checkbox"/>	Twee leden
<input type="checkbox"/>	Drie leden
<input type="checkbox"/>	Vier leden
<input type="checkbox"/>	Meer dan vier leden

Q45 *Hoe is de organisatiestructuur van uw organisatie thans ingericht? (meerdere antwoorden mogelijk)*

- Functionele indeling (dienstenstructuur)
- Indeling naar zorgeenheden ('gekanteld' naar werkeenheden of productgroepen)
- Indeling naar clusters of divisies waarbinnen zorgeenheden zijn samengebracht

Anders, namelijk:

.....

.....

Q46 *De inbreng van professionals in de besluitvorming op organisatieniveau kan op verschillende manieren gewaarborgd worden. Welke manieren komen in uw organisatie voor? (meerdere antwoorden mogelijk)*

- Verplichte raadpleging, het bestuur is verplicht om over belangrijke beslissingen aangaande het organisatiebeleid advies in te winnen van (vertegenwoordigers van) professionals.
- Vrijblijvend advies, vertegenwoordigers van professionals hebben het recht gevraagd en ongevraagd advies te geven aan het bestuur. Het bestuur is echter niet verplicht om advies te vragen (bijvoorbeeld verpleegkundige en verzorgende adviesraad).
- Duaal bestuur: de directie/Raad van Bestuur en vertegenwoordigers van professionals (bijvoorbeeld de voorzitter vakgroep of medische staf) vormen samen het organisatiebestuur.
- Duaal management: sommige professionals zijn voor een deel van hun tijd manager (bijvoorbeeld medisch manager).
- Dit is (nog) niet geregeld.

Anders, namelijk:

.....

.....

Veranderingen

Q47 Welke van de onderstaande grootscheepse veranderingen heeft uw organisatie de afgelopen vijf jaar doorgemaakt (2010-2015)? Of zit u nog middenin? Of zullen in de nabije toekomst in uw organisatie zeker gerealiseerd moeten worden, maar bent u er nog niet aan begonnen (meerdere antwoorden mogelijk, in geval van concerns kan het ook om organisatieonderdelen gaan)

	2010-2015	Nu	Toekomst
Introductie van een nieuwe topstructuur (Raad-van-Toezicht-model bijvoorbeeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanteling van de organisatie (van dienstenstructuur naar zorgenheden/clusters)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
'Doorkanteling' van de organisatie (het verder doorvoeren van principes en decentralisatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fusie met één of meer vergelijkbare organisaties ('horizontale' fusie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenwerking met andersoortige organisatie (bijvoorbeeld in zorgprogramma of door convenant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fusie met andersoortige organisatie ('verticale' fusie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieuwbouw of uitgebreide renovatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substantiële uitbreiding van het zorgaanbod met nieuwe voorzieningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reorganisatie van de medische staf (oprichting van een formele vereniging, met statutair vastgelegde vertegenwoordigingsbevoegdheid van het strafbestuur, bijvoorbeeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introductie van commerciële diensten of private initiatieven (ZBC of zelfhulp cursussen bijvoorbeeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introductie kwaliteitssysteem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanering/grootscheepse bezuinigingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitgebreide aanpassing van de ICT-infrastructuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q48 *Als u terugkijkt, op welke veranderingen die (mede door u) in uw organisatie gerealiseerd zijn, bent u dan het meest trots? Selecteer het meest passende antwoord (één antwoord mogelijk)*

- Cultuuromslag
- Financiële resultaten
- Fusie
- Marktpositie van de organisatie verbeterd
- Succesvolle reorganisatie
- Verbetering in de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt
- Anders, namelijk:
- Niet van toepassing

3 Mentaal profiel

Visie op besturen

Q49 *U kunt als bestuurder verschillende rollen in uw organisatie vervullen. Hoe belangrijk vindt u de volgende rollen op dit moment? Dit betreft uw eigen visie op het belang van de rol, hierna wordt gevraagd naar de feitelijke situatie*

	Zeer onbelangrijk ← → Zeer belangrijk				
Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de organisatie naar buiten en naar binnen	1	2	3	4	5
De 'bestuurder' die strategische lijnen naar de toekomst uitzet	1	2	3	4	5
De 'manager' die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt	1	2	3	4	5
De 'regisseur' die ervoor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen	1	2	3	4	5
De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie	1	2	3	4	5
De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe 'markten' aanboort	1	2	3	4	5
Anders, namelijk:	1	2	3	4	5

Q50 *U vervult als bestuurder verschillende rollen in uw organisatie. Hoe sterk vervult u de volgende rollen op dit moment feitelijk?*

	Zwak ← → Sterk				
	1	2	3	4	5
Het 'boegbeeld' of de 'ambassadeur' van de organisatie naar buiten en naar binnen	1	2	3	4	5
De 'bestuurder' die strategische lijnen naar de toekomst uitzet	1	2	3	4	5
De 'manager' die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt	1	2	3	4	5
De 'regisseur' die ervoor zorgt dat zorgprocessen soepel verlopen	1	2	3	4	5
De 'tussenspersoon' die verbindingen legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie	1	2	3	4	5
De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en nieuwe 'markten' aanboort	1	2	3	4	5
Anders, namelijk:	1	2	3	4	5

Q51 *In de gezondheidszorg vinden veel reorganisaties en veranderingen plaats. Als u kijkt naar uw organisatie, welke veranderingsstrategie acht u dan het meeste noodzakelijk?*

	Lage prioriteit ← → Hoge prioriteit		
	1	2	3
Het moet inhoudelijker: er moet meer oog zijn voor de kwaliteit van de dienstverlening	1	2	3
Het moet zakelijker: er moet meer gestuurd worden op resultaten	1	2	3
Het moet maatschappelijker: er moet meer rekening gehouden worden met de maatschappelijke vraag	1	2	3
Het moet slimmer: de prijs-kwaliteitverhouding moet beter	1	2	3
Het moet professioneler: er moet meer aandacht zijn voor de professionele ontwikkeling van medewerkers	1	2	3
Het moet ondernemender: er moeten nieuwe werkwijzen en activiteiten geïntroduceerd worden die op verschillende wijzen gefinancierd kunnen worden	1	2	3
Anders, namelijk:	1	2	3

Q52 *U kunt als bestuurder op verschillende zaken afgerekend worden. Waar wenst u vooral op afgerekend te worden? (maximaal twee antwoordmogelijkheden)*

- Voldoen aan de door de politiek opgelegde opdracht.
- Optimalisatie van het logistieke proces.
- De bedrijfseconomische gezondheid van de organisatie.
- De concurrentiepositie of het concurrentievermogen van de organisatie.
- De kwaliteit van de verleende zorg en/of diensten.
- Het vervullen van de maatschappelijke functie van de organisatie.

Anders, namelijk:

.....
.....

Q53 *Waaruit blijkt naar uw mening de effectiviteit van de bestuurder? (maximaal drie antwoordmogelijkheden)*

- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om spanningen en dilemma's in de eigen organisatie te hanteren.
- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om veranderingen door te voeren.
- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit de bedrijfseconomische resultaten van de organisatie.
- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen tot het formuleren van een bindende visie.
- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om medewerkers te stimuleren in hun ontwikkeling.
- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar besluitvaardigheid.
- De effectiviteit van de bestuurder blijkt uit zijn of haar vermogen om de eigen managementstijl aan te passen aan de situatie.

Anders, namelijk:

.....
.....

Q54 *Welke rol heeft u als bestuurder bij het realiseren van goede zorg? Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (één of twee mag ook), 1 is het meest passende antwoord*

- Het 'boegbeeld' zowel binnen als buiten de organisatie.
- De 'manager' die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt.
- De 'ondernemer' die vernieuwingen introduceert en de markten aanboort.
- De 'procesleider' die zorgt dat de processen soepel verlopen en de goede mensen op de goede plek zitten.
- De 'strateeg' die strategische lijnen naar de toekomst uitzet.
- De 'tussenpersoon' die verbindingen legt tussen binnen- en buitenwereld.
- Een andere rol, namelijk:

.....
.....

Q55 *Als bestuurder kunt u zich met verschillende personen of groeperingen verbonden voelen. In welke mate zijn onderstaande stellingen op u van toepassing?*

	Geheel niet ← → Zeer van toepassing				
Ik voel mij vooral verbonden met de organisatie waarvoor ik werk.	1	2	3	4	5
Ik voel mij vooral verbonden met de sector waarin ik werk.	1	2	3	4	5
Ik voel mij vooral verbonden met de (problematiek van) cliënten.	1	2	3	4	5
Ik voel mij vooral verbonden met het zorgverleningsproces.	1	2	3	4	5
Ik voel mij vooral verbonden met de grotere maatschappelijke vraagstukken aangaande de zorg (als toegankelijkheid, betaalbaarheid, solidariteit).	1	2	3	4	5
Ik voel mij vooral verbonden met collega managers/bestuurders binnen de eigen organisatie.	1	2	3	4	5
Ik voel mij vooral verbonden met collega-bestuurders in de gezondheidszorg.	1	2	3	4	5
Ik voel mij vooral verbonden met publieke managers in algemene zin.	1	2	3	4	5

Visie op management

Q56 *Professionals kunnen op verschillende manieren gemanaged worden, waar plaatst u uw opvatting over het managen van professionals? Kies het meest passende antwoord (één antwoord mogelijk)*

- Het management van professionals is 'zelf'-management: professionals weten zelf wat goed is, bestuurders scheppen condities voor hun beroepsuitoefening.
- Het management van professionals is 'meevoelend' management: bestuurders moeten voor de uitoefening van hun functie in staat zijn te begrijpen hoe professionals denken.
- Het management van professionals is 'geduld'-management: professionals moeten voorzichtig en met respect benaderd worden om medewerking te verkrijgen voor organisatiebeleid.
- Het management van professionals is 'actief sturend' management: de bestuurder moet zich actief met professionals bemoeien om in goede harmonie te kunnen werken aan organisatiebeleid.
- Het management van professionals is 'confronterend' management: bestuurders moeten bereid zijn om het conflict met professionals aan te gaan teneinde organisatiedoelen te realiseren.
- Niet van toepassing

Q57 *Ook ondergeschikte managers kunnen op verschillende manieren gemanaged worden, waar plaatst u uw opvatting over het management van managers? Kies het meest passende antwoord (één antwoord mogelijk)*

- Het management van managers is 'zelf'-management: managers weten zelf wat goed is, bestuurders scheppen condities voor hun beroepsuitoefening.
- Het management van managers is 'meevoelend' management: bestuurders moeten voor de uitoefening van hun functie in staat zijn te begrijpen hoe managers denken.
- Het management van managers is 'geduld'-management: managers moeten voorzichtig en met respect benaderd worden om medewerking te verkrijgen voor organisatiebeleid.
- Het management van managers is 'actief sturend' management: de bestuurder moet zich actief met managers bemoeien om in goede harmonie te kunnen werken aan organisatiebeleid.
- Het management van managers is 'confronterend' management: bestuurders moeten bereid zijn om het conflict met managers aan te gaan teneinde organisatiedoelen te realiseren.
- Niet van toepassing

4 Werkprofiel

Q58 *Als u een 'gemiddelde' werkweek overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over interne en externe zaken in procent van de tijd? (totaal 100%)*

..... % van de tijd intern

..... % van de tijd extern

Q59 *Als u een 'gemiddelde' werkweek overziet, hoe verdeelt u dan uw interne aandacht ongeveer over zorginhoudelijke zaken die het primaire proces betreffen (cliëntenraad, klachtencommissie, infectiecommissies, etc.) en beheersmatige zaken (personeelsmanagement, financiën, huisvesting, etc.) in procent van de tijd? (totaal 100%)*

..... % van de tijd zorginhoudelijk

..... % van de tijd beheersmatig

Q60 *Als u een 'gemiddelde' week overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over geplande en onverwachte zaken in procent van de tijd? (totaal 100%)*

..... % van de tijd geplande zaken, verwachte zaken

..... % van de tijd onverwachte zaken, incidenten

Q61 *Als u een ‘gemiddelde’ week overziet, hoe verdeelt u dan uw aandacht ongeveer over bestuurlijke/strategische en tactische/operationele zaken in procent van de tijd? (totaal 100%)*

..... % van de tijd bestuurlijke/strategische zaken

..... % van de tijd tactische/operationele zaken

Q62 *Als u uw interne contacten tijdens een ‘gemiddelde’ week overziet, hoeveel tijd besteedt u ongeveer aan contacten en met wie? Het gaat hier om interne contacten, hierna komt een vraag over externe contacten. Naast het hebben van contacten zal u ook tijd besteden aan andere zaken, onderstaande hoeft dus niet op te tellen tot een volledige werkweek. Vult u alleen ‘anders’ in als u andere interne contacten heeft dan hier genoemd zijn.*

	Uren per week
Met medische professionals (artsen en/of psychiaters):	...
Met overige professionals (pedagogen, verpleegkundigen en degelijke):	...
Met patiënten of hun familie:	...
Met collega-bestuurders:	...
Met (voorzitter van) de Raad van Toezicht:	...
Met ondergeschikte managers:	...
Met (voorzitter van) de Ondernemingsraad:	...
Met (voorzitter van) de patiënten/cliëntenraad:	...
Met medewerkers waaraan u rechtstreeks leiding geeft:	...
Anders	...
Totaal	...

Q63 *Als u uw externe contacten tijdens een ‘gemiddelde’ week overziet, hoeveel tijd besteedt u ongeveer aan contacten met welke anderen? Het gaat hier om externe contacten. Naast het hebben van contacten zal u ook tijd besteden aan andere zaken, onderstaande hoeft dus niet op te tellen tot een volledige werkweek. Vult u alleen anders in als u andere externe contacten heeft dan hier genoemd zijn.*

	Uren per week
Met bestuurders van andere, vergelijkbare zorgorganisaties:	...
Met bestuurders van andere, andersoortige zorgorganisaties:	...
Met patiëntenorganisaties/belangenbehartigers:	...
Met zorgverzekeraars:	...
Met brancheorganisaties:	...
Met overheden en ambtenaren:	...
Anders	...
Totaal	...

Q64 *Heeft u zitting in externe besturen en commissies in de gezondheidszorg? (meerdere antwoorden mogelijk)*

- Ja, ik heb zitting in een Raad van Toezicht
- Ja, ik heb zitting in meerdere Raden van Toezicht
- Ja, ik heb zitting in een landelijk bestuur
- Ja, ik heb zitting in een regionaal bestuur
- Ja, ik heb zitting in meerdere landelijke besturen
- Ja, ik heb zitting in een landelijke c.q. departementale commissie
- Ja, ik heb zitting in meerdere landelijke c.q. departementale commissies
- Anders, namelijk:
- Nee, ik heb geen zitting in externe besturen en commissies

Q65 *Wat zijn voor u de belangrijkste contacten voor het uitoefenen van uw functie? Deze vraag betreft uw opvatting over het belang van contacten, niet de feitelijke situatie. Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (één of twee mag ook), 1 is het meest passende antwoord*

- Met medisch professionals (artsen en/of psychiaters)
- Met overige professionals (pedagogen, verpleegkundigen en dergelijke)
- Met patiënten of hun familie
- Met collega-bestuurders
- Met (voorzitter van) de Raad van Toezicht
- Met ondergeschikte managers
- Met (voorzitter van) de Ondernemingsraad
- Met (voorzitter van) de cliëntenraad
- Met medewerkers waaraan u rechtstreeks leiding geeft
- Met bestuurders van andere, vergelijkbare zorgorganisaties
- Met bestuurders van andere, andersoortige zorgorganisaties
- Met patiëntenorganisaties/belangenbehartigers
- Met zorgverzekeraars
- Met brancheorganisatie
- Met overheden en ambtenaren

Q66 *Op welke manier neemt u in uw beleid het belang van de patiënt/cliënt mee? Selecteer hier uw top drie van meest passende antwoorden (één of twee mag ook), 1 is het meest passende antwoord*

- Door de contracten met zorgverzekeraars, die de patiënt/cliënt vertegenwoordigen.
- Door de terugkoppeling van mijn medewerkers
- Door de inbreng van de patiënten/cliëntenraad
- Door de uitkomsten van externe (digitale) beoordelingen (Zorgkaart Nederland, CQi)
- Door de uitkomsten van interne (digitale) beoordelingen
- Door het onderhouden van contacten met patiëntenorganisaties
- Door mee te lopen in de organisatie
- Door middel van een klachtenfunctionaris
- Door mijn eigen ervaringen als patiënt
- Door mij in te leven in de patiënt
- Niet

Q67 *Als u voor een lastig managementvraagstuk staat en een moeilijke beslissing moet nemen, valt u dan terug op de onderstaande personen of informatiebronnen?*

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Deskundigen van buiten	1	2	3	4	5
Collega-bestuurders uit de eigen organisatie	1	2	3	4	5
Collega-bestuurders uit een andere organisatie ¹	2	3	4	5	5
Eerdere ervaringen	1	2	3	4	5
Secretaris Raad van Bestuur	1	2	3	4	5
Kennis/inzichten opgedaan in opleidingen of cursussen	1	2	3	4	5
Secretaresse	1	2	3	4	5
Advies van de Raad van Toezicht	1	2	3	4	5
Het management team	1	2	3	4	5
Mijn partner (privé)	1	2	3	4	5
Kennis uit boeken of tijdschriften	1	2	3	4	5

Q68 *Hoe geeft u invulling aan ondernemerschap in de zorg?*

	Geheel niet ← → Zeer van toepassing				
Als ondernemer ben ik vooral bezig met het creatief omgaan met beperkte middelen	1	2	3	4	5
Als ondernemer ben ik vooral bezig met het optimaliseren van werkprocessen	1	2	3	4	5
Als ondernemer ben ik vooral bezig met het initiëren van commerciële activiteiten	1	2	3	4	5
Als ondernemer ben ik vooral bezig met het stimuleren van professionals om te innoveren	1	2	3	4	5
Als ondernemer ben ik vooral bezig met het aangaan van samenwerkingsrelaties ten einde aan de regionale zorgvraag tegemoet te kunnen komen	1	2	3	4	5
Als ondernemer ben ik vooral bezig met het aanboren van nieuwe markten	1	2	3	4	5

Q69 Bestuurders worden herhaaldelijk uitgedaagd zich meer te laten gelden in het publieke debat. Hoe doet u dat? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Door politici en/of ambtenaren actief 'te bestoken' met mijn mening
- Door problemen in de zorg aan de kaak te stellen via regionale of landelijke media (door bijvoorbeeld interviews of ingezonden brieven of blogs en internetfora)
- Door mij te melden als lid van bestuur of een commissie van een brancheorganisatie
- Door kwesties te agenderen in mijn eigen politieke partij (lokaal of landelijk)
- Door gelijkgezinde collega's te mobiliseren om positie te kiezen in het debat
- Anders, namelijk:
- Ik doe dat niet

Overig

Het kan zijn dat u aanvullingen wilt doen op bovengenoemde vragen of antwoorden, of dat u opmerkingen heeft over de vragen, uw werk of het onderzoek. Beide typen reacties kunt u hieronder kwijt.

Q70 Aanvullingen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Q71 Opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking

